Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 48. 1. December. 1891. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 38. Jahrgang.

Originalien.

Die Verwendung der Holzwolle (Packwolle) als Füllmaterial für Spucknäpfe.[1])

Von Dr. *W. Prausnitz*, Privatdocent für Hygiene.

Meine Herren! Die bekannten Untersuchungen Cornet's haben mit aller Sicherheit ergeben, dass eine unvorsichtige, nachlässige Behandlung des tuberculösen Sputums die Verbreitung der in demselben enthaltenen Tuberkelbacillen zur Folge hat. Seine Arbeiten waren daher die Ursache, dass man seither dem Sputum eine grössere Aufmerksamkeit schenkt, dass man einmal danach trachtet, das Speien auf den Boden und in Taschentücher zu verhindern, zweitens die in Speigläsern, Spucknäpfen u. s. w. gesammelten Sputa in richtiger Weise zu desinficiren.

Die Wichtigkeit dieser Bestrebungen ist allgemein anerkannt und allerwärts haben Corporationen von Aerzten, welche sich in den letzten Jahren mit der Verhütung der Tuberculose beschäftigt haben, diesbezügliche Beschlüsse gefasst.

So lautete auch die erste einstimmig angenommene These des im December 1889 hier tagenden, über die Prophylaxe der Tuberculose berathenden, erweiterten Obermedicinal-Ausschusses:

In Erwägung, dass das tuberculöse Sputum als infectiös für Gesunde und Kranke zu betrachten ist, erscheint es nothwendig, dasselbe unschädlich zu machen.

Zu dem Zweck ist zu empfehlen:

I. Sammlung der Sputa in Spuckschalen und Spuckbecken, welche in allen öffentlichen Anstalten in entsprechender Menge aufzustellen sind. Dieselben müssen leicht und sicher zu reinigen (Porzellan, emaillirtes Blech, keinesfalls Holz) sein. Die vor dem Ausgiessen desinficirten Sputa sind in die Aborte zu entleeren.

Meine Herren! Es ist zumeist bei dieser Empfehlung geblieben. Ich könnte Ihnen eine grosse Zahl staatlicher, städtischer und unter Leitung von Privaten stehenden öffentlichen Anstalten nennen, in denen das obige Postulat nicht erfüllt wird. Wie dies hier der Fall ist, so ist es auch anderswo, was zur Genüge darauf hindeutet, dass die Ausführung jener Forderung nicht leicht ist.

Der frühere Modus der Sammlung des Auswurfs in Spucknäpfen, welche mit Sand oder Sägespähnen gefüllt waren, ist mit Recht als vollkommen unzweckmässig bezeichnet, aber bisher immer noch nicht ganz aufgegeben worden, wie man sich allerwärts überzeugen kann. Das Sputum trocknet ein, und es bietet sich, da solche Spucknäpfe oft Monate, ja sogar Jahre lang nicht frisch gefüllt werden, zur Verstäubung der gefährlichen Krankheitserreger vielfach Gelegenheit. In der Verstäubung aber liegt die Hauptgefahr und man hat deshalb statt der trockenen Füllung vorgeschlagen, Flüssigkeiten in die Spucknäpfe einzugiessen, welche zunächst das Verstäuben verhindern und zweitens, wenn sie wirksame Desinficientien sind, auch die Bacillen tödten sollen.

Mit diesem Vorschlag war die Frage gelöst, aber nur scheinbar. Es ist nämlich irrig, wenn man annimmt, dass das Sputum, welches in mit Flüssigkeiten gefüllte Spucknäpfe gespieen wird, auch vollständig in diesen bleibt, was man durch einen kleinen Versuch leicht beweisen kann.

Ich bringe in diesen Spucknapf etwas Wasser in einer niedrigen Schicht von etwa 1 cm und giesse dann in diesen Napf aus einer Höhe von ungefähr 1 m 1 Theelöffel voll Wasser in das Gefäss und Sie werden dabei beobachten, dass jedesmal ein Theil des Inhalts verspritzt wird. Die Menge des Verspritzten nun ist abhängig von der Höhe der Flüssigkeitsschicht im Napf, von der Menge und dem specifischen Gewicht der herabfallenden Flüssigkeit und der Höhe, aus welcher diese herabkommt. Die Wirkung wird noch bedeutend erhöht, wenn, wie dies beim Ausspeien besonders des zäh haftenden phthisischen Sputums der Fall ist, der Auswurf nicht herabfällt, sondern mit einer mehr oder minder erheblichen Gewalt aus dem Munde herausgeschleudert wird. Ich kann Ihnen dies selbstverständlich hier nicht alles vorzeigen, nur das Eine möchte ich noch demonstriren, nämlich das Verhalten, wenn man eine dem Sputum an Menge und Consistenz ähnliche Substanz einfallen lässt. Am geeignetsten sind kleine Wattebäusche, welche mit einem mässig dicken Stärkekleister getränkt sind. Der Kleister ist hier, um ihn besser sichtbar zu machen, mit Fuchsinlösung roth gefärbt. Jedesmal, wenn ein solcher nachgebildeter Sputumballen einfällt, spritzt das Wasser heraus. Bei dem ersten oder den ersten malen macht das nichts, da ist es ja immer nur das Wasser, welches umhergespritzt wird. Bei öfterer Benützung gelangen aber sicherlich mit dem Wasser auch losgelöste Theile des vorhereingebrachten Sputums aus dem Napf.

Die Einführung der mit Flüssigkeiten gefüllten Spucknäpfe für die frühere Sandfüllung hat also nur zur Folge gehabt, dass anstatt des gelegentlichen Verstäubens ein regelmässiges Verspritzen getreten ist. Man kann dagegen einwenden, dass das Verspritzen nicht schaden kann, weil die Spucknäpfe desinficirende Lösungen enthalten sollen, welche die eventuell vorhandenen pathogenen Mikroorganismen tödten. Der Einwand wäre jedoch nicht berechtigt, da in Wirklichkeit zumeist nur Wasser oder schwach gefärbte Lösungen verwandt werden, welche gar nicht im Stande sind, wirksam zu desinficiren. Es ist ja durch die Versuche von Fischer und Schill, die später durch andere Autoren bestätigt und erweitert wurden, bewiesen, dass das fest zusammenhaftende phthisische Sputum nicht leicht zu desinficiren ist, dass starke Desinficientien lange Zeit einwirken müssen, wenn der erwünschte Erfolg eintreten soll. Von einer allgemeinen Verwendung solch' concentrirter, keineswegs indifferenter Flüssigkeiten in der Praxis kann jedoch wegen der daraus entspringenden Gefahren und weiterhin wegen der nicht unerheblichen Kosten nicht die Rede sein. Gegen die Einführung dieser mit Flüssigkeiten gefüllten Spucknäpfe spricht auch noch der schwierige Transport solcher Schalen. Es gehört ein gewisses Geschick dazu, solche Näpfe zu tragen, ohne den Inhalt zu verschütten, worüber jedoch die mit der Reinigung der Spucknäpfe beauftragten, an grobe Arbeit gewöhnten Mägde meist nicht verfügen. Es ist mir daher von Collegen, welche in Anstalten beschäftigt sind und hierauf geachtet haben, mehrfach versichert worden, dass man fast stets dieses Verschütten beobachten kann, wenn die Mägde die Spuckschalen zusammenholen.

[1]) Vortrag, gehalten im Aerztlichen Verein München am 21. Oct. 1891.

Schliesslich noch Eins. Sollen dem öffentlichen Wohle dienende Einrichtungen wirklich populär werden, dann darf man nicht auf die Forderungen der Wissenschaft allein Rücksicht nehmen, sondern auch darauf, dass diese praktisch leicht durchführbar sind. Eine Nahrung, welche alle Nahrungsstoffe in ausreichender Menge enthält und noch so pikant zubereitet ist, würde uns doch nicht behagen, wenn sie in unappetitlichem Zustand gereicht würde. Und etwas ähnliches gilt auch von diesen mit Flüssigkeiten gefüllten Spuckgefässen. Sie können sich, selbst wenn ihre Wirkung über allen Zweifel erhaben wäre, nur schwer einbürgern, weil sie den an und für sich unangenehmen Anblick des Sputums noch ekelhafter machen. Mit einem andern Ausdruck kann man kaum eine solche Spuckschale, auf deren Oberfläche die Sputa in verschiedenen Farben schimmernd herumschwimmen, bezeichnen.

Das bisher Gesagte beweist zur Genüge, dass wir in Bezug auf diese Frage, das erstrebte Ziel noch lange nicht erreicht haben. Es fehlt vielmehr immer noch ein Füllmaterial für Spucknäpfe, welches die Verbreitung der Bacillen verhindert, eine genügende Desinfection gestattet, unser ästhetisches Gefühl nicht beleidigt und endlich so billig ist, dass es allgemeine Verwendung finden kann. Alle diese Anforderungen erfüllt, wie ich glaube, die gewöhnliche Holz- oder Verpackwolle, lange nestartig verarbeitete dünne und feine Hobelspähne, wie sie heute allgemein zum Verpacken von Glassachen u. s. w. benützt wird.

Bringt man derartige Holzwolle in einen Spucknapf und lässt darauf speien, so saugt sich in einiger Zeit das Sputum ein und wird soweit unsichtbar, dass es den gewöhnlich sehr unangenehmen Anblick verliert. Ein Verstäuben ist nicht möglich, weil das Sputum, wo es hinfällt und eintrocknet, eine festhaftende Kruste bildet, die eine Verstäubung nur dann verursachen könnte, wenn die Holzwolle gestossen oder gebrochen würde und sich die Sputumtheilchen hierbei ablösen würden. Die Desinfection erfolgt sehr leicht, indem der ganze Ballen nach erfolgter Benützung in den Herd geworfen und verbrannt wird. Auch der Preis solcher Holzwolle ist sehr niedrig; der Centner kostet im Detailverkauf circa 8 M. und ein Packet, wie es zur Füllung eines gewöhnlichen Napfes nothwendig ist, repräsentirt etwa den Werth von $^1/_5$ Pf.

Es lässt sich also vom theoretischen Standpunkte gegen die Verwendung derartiger Holzwolle zur Füllung von Spucknäpfen kaum etwas einwenden. Vor der Empfehlung derselben für die Praxis habe ich jedoch noch einige Versuche ausführen zu müssen geglaubt, um zu sehen, ob sich dieses Füllmaterial auch in praxi bewährt.

Ich habe von Herrn Geheimrath v. Ziemssen und in dessen Vertretung von Herrn Prof. Bauer und Herrn Prof. Angerer die Erlaubniss erbeten, die Versuche im hiesigen allgemeinen Krankenhaus I./I. anzustellen, wobei mich Herr Dr. F. Moritz unterstützt hat. Auch an dieser Stelle möchte ich den eben genannten Herren meinen aufrichtigen Dank aussprechen.

Es hat sich nun herausgestellt, dass es angezeigt ist, die gewöhnlich käufliche Holzwolle erst zu reinigen, d. h. auszustäuben, weil sie sehr viel Staub enthält. Es ist weiterhin nöthig, die Holzwolle zu imprägniren, da ja ein Spucknapf zwar nur zur Aufnahme des Sputums bestimmt ist, aber auch vielfach als Sammelplatz noch brennender Streichhölzer und glühender Cigarrenstumpen dient. Auch hat sich gezeigt, dass von den verschiedenen Arten von Holzwolle, welche im Handel käuflich sind, nicht alle zu unserem Zweck geeignet sind und dass es gut ist, für die Spucknäpfe passende, fertig gepresste Ballen herzustellen. Ueberlässt man es dem Dienstpersonal, aus einem Vorrath Holzwolle die Füllungen für die Näpfe zu machen, so wird in den Spucknapf eine ungleichmässige Schicht eingebracht, die Wolle wird auseinandergezerrt, so dass sich einzelne Löcher bilden, durch welche hindurch das Sputum auf den Boden des Napfes sinkt, ohne von der Wolle aufgesaugt zu werden.

Lässt man aber unter Berücksichtigung der eben erwähnten Punkte das Rohmaterial bearbeiten, so erhält man Einlagen, welche auch weitgehenden Anforderungen genügen. Die Proben im hiesigen Krankenhaus sind so günstig ausgefallen, dass Herr Geheimrath v. Ziemssen die allgemeine Einführung dieser Einlagen beabsichtigt. Besonders einfach gestaltete sich die Reinhaltung und Reinigung der Spucknäpfe. Die Magd entleerte die Einlagen in ein Blechschaff, indem sie den Spucknapf an einer Ecke fasste und über dem Schaff umdrehte, so dass die Füllung in toto in das Schaff hereinfiel. Bei Verwendung richtig hergestellter, passender Füllungen war der Boden der Näpfe, welche auf den stark frequentirten Gängen des Krankenhauses aufgestellt waren, auch bei 10—14tägigem Stehen vom Sputum unberührt geblieben. Dies aber nur dann, und das möchte ich ausdrücklich nochmals betonen, wenn die Füllungen richtig hergestellt waren. Das Schaff mit den verbrauchten Füllungen wurde dann an einen brennenden Herd gebracht und die Füllungen mit einer Feuerzange in den Herd eingeführt, wobei eine Verbreitung von Tuberkelbacillen kaum möglich oder jedenfalls auf ein Minimum beschränkt ist.

Die im Krankenhaus verwandten Füllungen sind von der Verbandstofffabrik Gebrüder Stiefenhofer in München-Sendling nach einigen Vorversuchen, für die Spucknäpfe des Krankenhauses passend, zweckdienlich ausgeführt worden.[2])

Ich glaube nun, meine Herren, dass das eben beschriebene Füllmaterial sich in der Praxis leicht dürfte einführen lassen, besonders deshalb, weil dann, wie schon erwähnt, die Spucknäpfe den früheren unangenehmen Anblick nicht mehr bieten. Dieser Vorzug dürfte kaum zu unterschätzen sein, ebenso wenig wie der, dass beim Anstossen an die Näpfe, welches früher ein Herausfallen des Sandes oder ein Auslaufen der Flüssigkeit zur Folge hatte, nunmehr der Inhalt in dem Napf drinnen bleibt. Es dürften deswegen auch Spucknäpfe mit solchen Füllungen in Eisenbahnwägen leicht Verwendung finden, wo man wegen der fortwährenden Bewegungen Wasser, Sand u. s. w. nicht benutzen kann, und zwar könnten sie jedenfalls in den Aborten der Coupés von Durchgangwagen aufgestellt werden. Strebt man doch schon lange darnach, Spucknäpfe in den Eisenbahnwagen aufzustellen. Bieten auch die engen Coupés keinen Platz zur Aufnahme eines solchen, so ist dieser im Abort doch vorhanden und es wäre sicherlich im Interesse aller Reisenden, welche in den Durchgangswagen meist sehr dicht zusammengedrängt sitzen, wenn das Speien auf den Boden aufhören würde, indem die Directionen durch kleine Plakate auf die in den Aborten aufgestellten Näpfe hinweisen und das Speien auf den Boden verbieten. Es würde wohl kaum eine zu weitgehende Bevormundung des Publikums darin zu erblicken sein, wenn Plakate mit folgendem Inhalt angeheftet würden: Die Reisenden werden darauf aufmerksam gemacht, dass sich im Abort ein Spucknapf befindet; das Speien auf den Boden des Coupés ist deshalb verboten.

Weiterhin dürften derartige Füllungen in Privatwohnungen sowohl, wie auch in öffentlichen Anstalten, in Schulen, auf Gängen, Bureaux u. s. w. sich bewähren. An den Krankenbetten der Phthisiker wird man am zweckmässigsten Spuckschalen benützen, die nach dem von Kirchner[3]) angegebenen Verfahren mit strömendem Dampf zu sterilisiren sind.

Aus dem Ambulatorium für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkranke von Privatdocent Dr. Seifert in Würzburg.

Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa.

Von Dr. *Lieven*, Volontärassistent.

Eine Reihe schnell aufeinander folgender Fälle von Rhinitis fibrinosa, die in unserem Ambulatorium zur Beobachtung kamen, veranlasste meinen hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Dr. Seifert, mich zur bakteriologischen Untersuchung derselben anzuregen, zumal die Literatur über diesen Punkt bis heute sehr spärlich ist und die bakteriologische Forschung bis jetzt noch keine unanfechtbaren Resultate zu Tage gefördert hat.

[2]) Ich möchte auch hier den Leitern dieser Fabrik, welche auf meine Wünsche stets in uneigennützigster Weise bereitwilligst eingingen, meinen Dank sagen.

[3]) Centralblatt für Bakteriologie 1891, Bd. 9, pag. 5.

Ich habe alle Untersuchungen und Versuche unter der Controlle des Herrn Dr. Seifert gemacht, dem ich an dieser Stelle dafür, sowie für die Ueberlassung der Arbeit meinen besten Dank ausspreche. Meine Mittheilungen sollen sich im Wesentlichen an einen der von mir beobachteten Fälle halten, während ich mir die Veröffentlichung der bakteriologischen Untersuchungen bezüglich anderer Fälle noch vorbehalte.

Ausführlich beschrieben wurde das Krankheitsbild zuerst von Schuller im Jahre 1882 [1]), welcher einen Fall mittheilt, der einen 5 Wochen alten Knaben betrifft. Derselbe erkrankte kurz nach der Geburt an Schnupfen und athmete schwer durch die Nase. Es wurde zwei mal eine bräunliche Membran durch Ausspülen mit warmem Wasser entfernt, worauf jedesmal bedeutende Erleichterung eintrat. Der Tod erfolgte durch ein intercurrentes Erysipel. Je einen weiteren Fall veröffentlichte dann Johnston[2]) 1882 und Henoch im Jahre 1883.[3]) Ersterer beschreibt einen Fall von primärer Nasendiphtherie, der aber nach der ganzen Schilderung als Rhinitis fibrinosa aufgefasst werden muss. Der Fall Henoch's betraf ein 8jähriges Mädchen (Töchterchen Traube's), welcher in Heilung endete. Der Pharynx war nur leicht geröthet. Die Kenntniss von 6 weiteren Fällen verdanken wir Hartmann.[4]) Aetiologisch interessant erscheint hier der Umstand, dass in einem dieser Fälle die Erkrankung sich unmittelbar an Masern, in einem anderen an die Entfernung von adenoiden Vegetationen anschloss. Die beiden Kinder standen im 7. bezw. 8. Jahre. Dann folgten die Publikationen von Major[5]) und von Seifert.[6]) Ersterer beschreibt einen, letzterer drei Fälle. In einem der Seifert'schen Fälle, wo der Patient ein 26jähriger Mann war, blieb nach dreiwöchentlicher Dauer der Membranbildung eine Verwachsung der linken unteren Muschel mit dem Septum zurück. Die anderen beiden Fälle kamen in einer Familie vor, in der 2 Schwestern, im Alter von 3 bezw. 6 Jahren erkrankten. Seifert erwähnt die Ekzembildung, welche durch das Secret hervorgerufen wurde. Er betont auch, wie dies bereits Schech gethan, die Seltenheit dieser primären Rhinitis fibrinosa gegenüber der ausserordentlichen Häufigkeit dieser Erkrankung nach der galvanokaustischen Behandlung, nach Aetzungen und sonstigen chirurgischen Eingriffen, welche die Nasenschleimhaut betreffen. Moldenhauer[7]) veröffentlichte dann 4 Fälle; in einem derselben fanden sich auf den Tonsillen bei der ersten Untersuchung »beschränkte Plaques« und es waren nach Aussage der Mutter die ersten Beschwerden im Halse aufgetreten. Die nächste einschlägige Publikation rührt von Bischofswerder her[8]) und ist sowohl rücksichtlich der drei aufgezählten Fälle als auch der persönlichen Anschauungen des Verfassers sehr beachtenswerth. Der eine Fall bei einem 6jährigen Mädchen trat gleichzeitig mit der Erkrankung ihres 3jährigen Bruders an Rhinitis acuta auf. In allen dreien wird vom Verfasser das Freisein des Pharynx betont. Bischofswerder fasst die Rhinitis fibrinosa als eine Steigerung des gewöhnlichen acuten Schleimhautkatarrhs auf, nicht aber als eine specifische croupöse Entzündung.

An die Beobachtungen von Bischofswerder reihen sich dann die von M. Bresgen[9]) an, welcher, wie schon früher Seifert und Schech, die Bildung pseudomembranöser Auflagerungen dann häufiger im Gefolge von Cauterisationen sah, wenn die Patienten sich um die Zeit der Abstossung des Schorfes einen frischen Schnupfen zuzogen. Im Jahre 1889 berichtete dann Potter[10]) einen Fall, wo er in 3 Wochen durch Einlegen hydrophiler Watte Heilung erzielt hatte, während alle anderen Mittel im Stich liessen. Im folgenden Monat folgte die Veröffentlichung von Gluck.[11]) In seinem Falle wird auch noch besonders das Freibleiben des Pharynx und Larynx betont. Auch in der »Internationalen Encyklopädie der Chirurgie,« herausgegeben von John Ashurt 1889 finden wir unter: »Krankheiten und Verletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen« gelegentlich der Besprechung der Nasendiphtherie die Mittheilung, dass er verschiedentlich membranöse Exsudate aus den Nasenwegen von Kindern entfernt habe, die sich an den unteren Muscheln gebildet hatten. Sie sähen den diphtherischen Membranen sehr ähnlich, allein das Fehlen der schweren Symptome der Diphtherie lasse letztere diagnostisch ausschliessen. Auf dem Congress für Innere Medicin 1889 theilte Seifert[12]) dann einen Fall mit, welcher in demselben Jahre auch noch in einer Dissertation von Glücksmann[13]) behandelt wurde, und der in jeder Hinsicht unser grösstes Interesse verdient:

Ein junger Mann, der an Ichthyosis litt und eine Pneumonie überstanden hatte, bekam 3 Wochen nach Ablauf der letzteren eine fibrinöse Exsudation, welche von den Bronchien aufsteigend bald die ganze Schleimhaut der Luftwege austapezirte und durch Erstickung ad exitum führte. Seifert gelang es in Schnitten durch Exsudat und Nasenschleimhaut vermittelst der Gram'schen Färbung das Vorhandensein von ein und derselben Coccenart in den verschiedensten Schichten des Exsudates nachzuweisen, so dass es nahe lag, diese Coccen mit der Erzeugung des Exsudats in Zusammenhang zu bringen. Die bakteriologische Untersuchung war in diesem Falle leider aus äusseren Gründen unmöglich.

Eine sehr ausführliche Behandlung der Rhinitis fibrinosa unter Anführung von eigenen Fällen finden wir weiter bei Raulin.[14]) Einer dieser Fälle ist dadurch interessant, dass gleichzeitig mit der linken Nasenhöhle auch der linke Arcus palato-pharyngeus einen deutlichen fibrinösen Belag aufwies, während in den anderen 3 Fällen wie gewöhnlich Pharynx und Larynx völlig frei waren. Unter anderem giebt Raulin in seiner Arbeit eine ausführliche Auseinandersetzung seiner Ansicht über die Aetiologie und stellt sich dabei auf den Standpunkt, dass die Rhinitis fibrinosa nicht übertragbar sei.

Im Juni 1890 publizirte ferner Chapin[15]) 2 Fälle. Auch er betont das Freibleiben der Rachenorgane, sowie die im Verhältniss zur Diphtherie geringen Allgemeinerscheinungen. Schech widmet in seinem Lehrbuch über »Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase 1890« der Rhinitis fibrinosa eine übersichtliche Besprechung, ohne jedoch eigene Erfahrungen vorzubringen. Bezüglich ihrer Entstehung machte dann Schmidthuisen[16]) die interessante Mittheilung, dass er in einer Reihe von Fällen eine Ozaena der fibrinösen Rhinitis vorausgehen sah und hält er dieselbe demnach für ein prädisponirendes Moment für die Krankheit. Sowohl die primäre, genuine, wie die secundäre Form sind dann durch die beiden Fälle Baumgartens[17]) repräsentirt. Der erstere Fall soll durch Erkältung hervorgerufen sein. Der zweite verdankt seine Entstehung der Cauterisation einiger Reste von adenoiden Vegetationen und trat in Form einer Rhinopharyngitis fibrinosa auf. Die Arbeit von Irving Townsend[18]) über einen einschlägigen Fall stand mir leider nicht zur Verfügung. In demselben Jahre erschienen noch die bakteriologischen Untersuchungen über Croupmembranen auf der Nasenschleimhaut nach galvanokaustischen Aetzungen von Maggiore und Gradenigo.[19]) Die Verfasser haben in den Exsudaten den Staphylococcus pyogenes aureus

[1]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. Jahrg. IV pag. 83.
[2]) Johnston: A case of primare nasal diphtheria. — Archiv of laryngol. of New-York. VII. 1882 p. 247.
[3]) Vorlesungen über Kinderkrankh. IV. Aufl. p. 333.
[4]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1887. No. 27.
[5]) Verhandl. der Amerik. Laryngol. Assoc. 1885. N.-Y. Med. Journ. 20. März 1886.
[6]) Münchener med. Wochenschr. 1887.
[7]) Ueber croupöse Entzündungen der Nasenschleimhaut. Monatsschrift für Ohrenheilkunde. 1887.
[8]) Ueber primäre Rhinitis pseudomembranacca von Dr. Bischofswerder, Arzt in Schloppe, 1888.
[9]) Bresgen: Deutsche med. Wochenschrift. 4. 1888.
[10]) (Journal of Laryngol. März 1889) refer. im Archiv für Kinderheilkunde. Bd. 11. 1890. S. 300.
[11]) Isidor Gluck: Membranöse Rhinitis. (N.-Y. Medical Record. 27. April 1889.)
[12]) Verhandlungen d. Congr. f. Innere Medic. 1889.
[13]) Glücksmann: Ueber Rhinitis fibrinosa. Inaug.-Dissertation, Würzburg 1889.
[14]) Revue de laryngol. No. 9. 1890. 1. Mai.
[15]) N.-Y. med. journ. 21. Juni 1890.
[16]) International. Centralbl. für Laryngol. 4. 1890. S. 170.
[17]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1890. No. 4 p. 121. Rhinochirurgische Mittheilungen.
[18]) Journal of ophtalmologie III. 1890.
[19]) Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, 1890. S. 641.

gefunden und halten diesen für den Erreger der fibrinösen Rhinitis. In diesem Jahre schliesslich theilt Jurasz[20]) noch einen Fall mit: Ein 12jähriger Knabe, der seit 3 Wochen an Schnupfen mit Kopfweh litt, zeigte neben einem Ekzem um die Nasenöffnung und auf der Oberlippe ein linksseitiges fibrinöses Exsudat neben einem mässigen einfachen Katarrh rechts. Larynx und Pharynx waren frei. Die Exsudation cessirte nach 3 Tagen auf Ausspülungen mit 1 Proc. Carbolwasser und allabendliche Borsäureinsufflationen.

Klinisch können wir zwei Formen der Rhinitis fibrinosa unterscheiden:

1) die genuine (primäre) Rhinitis fibrinosa,

2) die secundäre, artificielle (Seifert), welche nach Operationen in der Nase auftritt, die eine Entzündung der Schleimhaut hervorgerufen haben.

Die seltenen Fälle, in denen eine Rhinitis fibrinosa der Ausdruck einer fortgeleiteten fibrinös-exsudativen Entzündung der gesammten Luftwege ist, wie in dem von Seifert mitgetheilten Falle, nehmen eine so exceptionelle Stellung ein, dass sie wohl kaum in unsere Besprechung hineingehören, welche nur die allein auf die Nase beschränkten fibrinösen Entzündungsformen zum Gegenstand haben soll. Doch glaube ich hier noch bemerken zu müssen, dass ich mich der Auffassung Seifert's, dass diese Formen auch als secundäre zu bezeichnen seien, nicht anschliessen kann. Ich möchte die Bezeichnung »secundäre Rhinitis fibrinosa« vielmehr nur für die im Anschluss an thermische, chemische oder sonstige operative Eingriffe entstehenden Formen in Anspruch nehmen. Die von Seifert beobachtete Form ist jedenfalls prägnanter als »fortgeleitete oder aufsteigende Rhinitis fibrinosa« zu bezeichnen.

Die primäre Form pflegt unter dem Bilde der Rhinitis acuta einzusetzen, das in den ersten Tagen das Krankheitsbild völlig beherrscht. Allerdings tritt in diesen Fällen der Schnupfen unter den heftigsten Symptomen auf. Die Secretion wird sehr bald eitrig und zeigt Neigung fötid zu werden, die Temperatur ist erhöht und es besteht dabei oft ein drückender Stirnkopfschmerz. Nach Gluck soll das Bild um diese Zeit viel Aehnlichkeit mit dem Heufieber haben. Bei der artificiellen Form ist bis zum Abfallen des Aetzschorfes, das bei der Galvanocaustik am 3.—4., nach Bresgen am 6. Tage nach der Behandlung durchschnittlich geschieht, ausser der geringen Reaction, die der Aetzschorf macht, nichts zu bemerken. Bei Aetzungen mit Trichloressigsäure oder Chromsäure pflegt der Schorf schon am 2.—3. Tag abzufallen. Ist dies geschehen, so pflegen nun die ersten Symptome der Rhinitis fibrinosa einzusetzen, allerdings meist nicht mit derselben Heftigkeit, wie sie bei der primären Form beschrieben sind.

Während der ersten 3—4 Tage sieht man ausser der Röthung und Schwellung nichts an der Nasenschleimhaut; von da an aber bilden sich die pseudomembranösen Auflagerungen, die bald inselartig auf der Schleimhaut der Muscheln oder des Septums haften, bald als ein zusammenhängendes Ganzes eine oder beide Nasenhöhlen auskleiden. Der Sitz der Exsudate ist mit Vorliebe die Pars respiratoria. Raulin fand in 13 von 20 Fällen beide Nasenhöhlen betroffen. Die Dicke der Membran schwankt ausserordentlich; oft ist sie nur »florartig« angedeutet, oft dagegen bis zu 5 mm dick. Durch die während der ersten Tage der Erkrankung ausserordentlich heftige Secretion wird leicht auf der Oberlippe ein Ekzem hervorgerufen und sieht man in solchen Fällen diese nässende Fläche noch vom Rande des aus der Nase herausragenden Exsudats bedeckt. Besonders die Nasolabialfalte bildet eine Prädilectionsstelle für das Uebergreifen des Exsudates auf die excoriirte Oberlippe. Ich habe diesen Befund sehr oft gehabt; jedoch ist in der Literatur diese Ausbreitung über das Gebiet der Nasenschleimhaut hinaus nirgends erwähnt. Entfernt man die Pseudomembranen, so sieht man darunter die gelockerte Schleimhaut, welche bei Berührung mit der Pincette sehr leicht blutet. Am nächsten Tage ist die Pseudomembran gewöhnlich schon wieder regenerirt. Diese Erneuerung dauert in vernachlässigten Fällen Monate, bei richtiger antiseptischer Behandlung kann sie in 8—10 Tagen beseitigt werden. Während der später nach der mechanischen Entfernung immer wieder auftretenden Neubildung der Pseudomembranen pflegen die Allgemeinerscheinungen nachzulassen und es bleibt meist nur ein einziges, allerdings oft recht lästiges Symptom: Die Unwegsamkeit der Nase für die Respirationsluft. Es leuchtet von selbst ein, dass für Neugeborene und Säuglinge diese sonst ungefährliche Erkrankung verhängnissvoll werden kann. Die Verstopfung der Nase hindert das Sauggeschäft und so besteht die Gefahr, dass der Säugling, falls es nicht bald gelingt, die Membranentwickelung hintanzuhalten, in Folge der durch die Unmöglichkeit der Ernährung bedingten Entkräftung zu Grunde geht. Der Rachen ist in der grössten Mehrzahl der Fälle frei, vielleicht etwas katarrhalisch geröthet. Ist es gelungen, die immer wieder auf's Neue eintretende Regeneration der Pseudomembranen zu beseitigen, so bleibt zunächst noch etwas Ausfluss. Derselbe verschwindet aber bald. Eine eventuell recht unangenehme Folgeerscheinung ist die Verwachsung einer Muschel mit dem Septum, die zur völligen Verlegung der Nasenhöhle für den Lufstrom führen kann, wie dies in dem einen Falle von Seifert und einem weiteren von Raulin mitgetheilt wird.

Vergegenwärtigen wir uns nun noch einmal den klinischen Verlauf unseres Krankheitsbildes, wie in dem einen Falle die einfachen Symptome des Schnupfens zunächst auffallen, in den anderen bei der geringen Reaction auf das Setzen des Schorfes völliges Wohlbefinden bis zum Abfallen desselben besteht, so liegt es nahe, an irgend eine Schädlichkeit zu denken, die einerseits im Stande ist, den gewöhnlichen Schnupfen zu einer Rhinitis fibrinosa zu steigern (Bischofswerder), andererseits auch auf der artificiell in Entzündung versetzten Schleimhaut nach dem Abfallen der schützenden Decke dieselbe Krankheitsform zu erzeugen. Wenn es aber dann, wie aus der Durchsicht der Literatur hervorgeht, erstaunlich erscheinen muss, dass in Familien etc. neben dem beschriebenen kein weiterer Fall beobachtet wurde, so glaube ich die Erklärung darin suchen zu müssen, dass das Virus bei den anderen Familienangehörigen etc. keinen vorbereiteten Boden fand, wie er etwa durch eine acute Rhinitis geschaffen wird.

Die bakteriologischen Untersuchungen über einen eventuellen Mikroorganismus als Erreger der fibrinösen Rhinitis sind bisher auf die eine Arbeit von Maggiore und Gradenigo beschränkt geblieben. In derselben, welche bereits oben bei Aufzählung der Literatur erwähnt ist, wird die Schlussfolgerung aufgestellt, dass der Staphylococcus pyogenes aureus stets als Erreger des fibrinösen Exsudats der Nasenschleimhaut aufzufassen sei. Wenn es nun a priori nicht zu bezweifeln ist, dass einmal durch Ansiedlung des genannten Mikroorganismus, wie an anderen Orten, so auch hier ein Exsudat auf der Nasenschleimhaut erzeugt werden kann, so ist es nach meinen Untersuchungen nicht mehr erlaubt, den Staphylococcus pyogenes aureus als den alleinigen Erreger der fibrinösen Rhinitis anzusehen.

Meine bakteriologischen Untersuchungen beziehen sich auf einen in unserem Ambulatorium zur Beobachtung gekommenen Fall; die Ergebnisse stelle ich in Folgendem zusammen:

Am 16.IV. ds. Jrs. bekam ich zur Untersuchung in sterilisirter Glasschale ein fibrinöses Exsudat, das an demselben Tage einem 40jährigen Manne, welcher unter den Symptomen der secundären Rhinitis fibrinosa nach einer galvanokaustischen Aetzung der linken unteren Muschel erkrankte, von der Oberfläche der Muschel entnommen worden war. Das Exsudat war graulich weiss und von erheblicher Zähigkeit. Seine Dicke mochte 3—4 mm, seine Länge 2 cm betragen. Ich wusch nun in der Absicht, die accidentellen Beimischungen von Bacterien zu vernichten, das Exsudat ca. 5 Minuten in 1 pro mill. Sublimatlösung und dann in sterilisirtem Wasser. Darauf zerzupfte ich das Stückchen in 2 Hälften und legte folgende Culturen an:

1) Auf (8 proc.) Glycerin-Agar in Form Esmarch'scher Rollröhrchen bei 35° C. (Original und 2 Verdünnungen).

2) Auf Gelatine (Fleischwasser Kochsalz-Pepton) bei Zimmertemperatur ebenfalls Rollröhrchen.

In den Glycerin-Agarröhrchen bei 35° C. sind nach 24 Stunden zahlreiche stecknadelkopfgrosse, gelbweisse und etwas promi-

[20]) Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege.

nirende Culturen gewachsen, welche bei schwacher Vergösserung kreisrund, die tiefer gelegenen spindelförmig, scharf gerandet und von goldgelber Farbe sind. Der Rand ist nicht gekerbt, der Inhalt körnig. Das Centrum ist etwas dunkler als der übrige Theil der Colonie. Die Colonien bestehen aus unbeweglichen Staphylococcen, die manchmal auch in kurzen Reihen zu 3—4 Individuen angeordnet sind und sich nach Gram, aber auch nach den anderen Färbemethoden ausserordentlich leicht färben lassen. Diese Coccen wuchsen dann auf gewöhnlichem, wie auf (8 proc.) Glycerin-Agar in 24 Stunden zu den vorbeschriebenen Culturen aus. Strichculturen waren besonders üppig bei einer Temperatur von 35° C. In der Stichcultur ging die Entwickelung hauptsächlich an der Oberfläche vor sich, so dass ein nagelförmiges Wachsthum in derselben resultirte. Der Kopf des Nagels ist vielfach gekerbt, manchmal geradezu kleeblattförmig gestaltet. Auf Gelatine ist zwar in Strichculturen ein geringes Wachsthum binnen 24 Stunden deutlich zu bemerken, allein erst am 2. Tage ist ein reichlicher weisser prominenter Belag gewachsen, der in toto in die Gelatine langsam verflüssigend, so dass nach ca. 8 Tagen die schräg erstarrte Gelatine zusammengesunken ist. In der Stichcultur schreitet die Verflüssigung von der Oberfläche nach der Tiefe zu, indem der zuerst entstandene, den krümlichen Bodensatz enthaltende Verflüssigungstrichter sich langsam nach den Seiten und der Tiefe vergrössert. Auf Löffler'schem Blutserum entwickelt sich bei Zimmertemperatur binnen 24 Stunden ein braungelblicher schmieriger Beleg, der sehr hoch über das Niveau des Nährbodens prominirt. Auf Kartoffeln kommt der Coccus weder bei Zimmer- noch Brüttemperatur zu üppiger Entwickelung. Er bleibt auf die Impfstelle beschränkt und bildet hier einen leicht prominirenden gelblich weissen Belag.

Die Agarculturen blieben bis zu 8 Wochen fortpflanzungsfähig. Eine Temperatur von 70° C., 15 Minuten lang einwirkend, tödtete eine Agarcultur ab.

Ausser diesen Coccen fand sich in den Agarculturen des fibrinösen Exsudats noch eine Hefeart, die mir schon häufiger in Culturen von Nasenschleim aufgefallen war und die ich nicht weiter verfolgte.

Ich injicirte nun 2 Kaninchen je 1 ccm Glycerin, in welchem 3 Oesen der Staphylococcen aufgeschwemmt waren, in die grosse Ohrvene. Beide Thiere blieben völlig reactionslos.

Eine graue Hausmaus, welche in eine Hauttasche vor der Schwanzwurzel mit einer Oese der Culturen geimpft wurde, blieb am Leben, bekam jedoch an der Impfstelle einen Abscess, dessen Umgebung beträchtlich infiltrirt war und 5 Wochen dauerte. Eine andere, in derselben Weise geimpft, war sichtlich mehrere Tage krank. Die Impfstelle war noch 3 Wochen später infiltrirt. Ein Meerschweinchen blieb gegenüber der Injection von 2 ccm einer verflüssigten Gelatinecultur in die Bauchhöhle völlig reactionslos.

(Schluss folgt.)

Rhinolith.[1])

Von Dr. *Richard Wagner*.

Die Kenntniss der Rhinolithen datirt nicht erst aus unseren Tagen. Schon im Anfang des vorigen Jahrhunderts wurden derartige Fälle beobachtet und beschrieben. Es sind in der Literatur, besonders der letzten Jahre eine ganze Reihe solcher Fälle publicirt. Immerhin gehören die Nasensteine zu den relativ seltenen Erkrankungen.

Die Veranlassung zur Bildung von Nasensteinen geben in vielen Fällen kleine Fremdkörper, welche in die Nase gelangen, sich dort in eine Bucht oder Falte der Schleimhaut einbetten und sich alsdann an ihre Oberfläche mit Kalk inkrustiren. In manchen Fällen genügt schon ein kleines Blutkoaglium, eingetrocknetes Sekret oder dergleichen, um eine derartige Bildung hervorzurufen. In anderen Fällen wiederum ist, wie so manches mal, eine direkte Ursache nicht zu eruiren.

[1]) Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a. S. am 4. November 1891.

Die Rhinolithen bestehen zum grössten Theil aus anorganischen Substanzen, nach Schech ungefähr zu 80 Procent. Die Hauptbestandtheile bilden Phosphor, kohlensaurer Kalk, kohlensaure Magnesia, Eisenoxydul und etwa 20 Procent organische Stoffe. Der Fall, den ich Ihnen hier vorführe, ist in mehrfacher Hinsicht interessant und zwar zunächst hinsichtlich der frühen Entstehung des Leidens — die ersten Symptome derselben traten, wie wir in der Krankengeschichte sehen werden, schon im 2. Lebensjahr auf — ferner hinsichtlich der langen Dauer, der Stein wurde erst 12 Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome entfernt. Endlich war auch die Lage des Steines durchaus keine gewöhnliche. Der Stein war im hinteren Theil des rechten Oberkiefers vollständig eingekeilt, in demselben eine annähernd kubische Höhle bildend, ohne jedoch dabei den Nasendurchgang zu versperren. Es lässt sich dies nur so erklären, dass der Stein während des allmählichen Wachsens des Oberkiefers zugleich an Grösse zunahm und so allmählich den Knochen in dem von ihm eingenommenen Gebiete verdrängte, resp. am Wachsthum hinderte und so sich die eigenthümliche Höhle, in der er gefunden wurde, schuf.

Ich lasse nun die Krankheitsgeschichte folgen.

Die ersten Symptome, fötider Geruch und übelriechender Ausfluss aus der Nase traten bei meinem Patienten, wie schon oben erwähnt, im 2. Lebensjahr auf. Die Ursache der Erkrankung lässt sich wie in den meisten solchen Fällen nicht mit Sicherheit feststellen. Der Vater des Patienten giebt an, dass dem Kinde sehr häufig Fliegen in die Nase gekrochen seien. Es wurde in späteren Jahren mehrfach ärztliche Hilfe in Anspruch genommen, ohne dass es jedoch trotz jahrelanger Behandlung gelang, das Uebel zu beseitigen. Da die allöopathische Behandlung den gewünschten Erfolg nicht erzielte, nahm man zur Homöopathie seine Zuflucht. Doch auch durch die von dieser Seite getroffenen Verordnungen, Ausspülen der Nase mit einer Lösung von Peru-Balsam und kalte Waschungen des Unterschenkels konnte dem Uebel nicht abgeholfen werden. Die Erscheinungen verschlimmerten sich im Laufe der Jahre; der Geruch aus der Nase wurde sehr intensiv, oft unerträglich. Im Frühjahr dieses Jahres wandte sich Patient an den Vortragenden. Der Knabe steht jetzt in dem Alter von 13 Jahren; die Nasenerkrankung bestand also damals seit circa 12 Jahren. Die äussere Untersuchung ergab die oben geschilderten Symptome, fötiden Geruch aus der Nase, übelriechenden Ausfluss aus derselben. Genannte Symptome waren auf der linken Seite bedeutend stärker als auf der rechten. Ausfluss bestand auf der rechten Nase überhaupt nicht. Bei der inneren Untersuchung fand sich nach sorgfältiger Reinigung in der linken Nase im hinteren Theil von den Choanen ausgehend bis zur Mitte der äusseren Wand der Nase reichend eine ziemlich starke Hervorwölbung, ohne dass jedoch durch dieselbe das Lumen der Nase vollständig verlegt war. Dasselbe war für die Athemluft gut passirbar. Genannte Hervorbildung war, soweit sich feststellen liess, vollständig von Schleimhaut umkleidet. Bei der Sondirung fand man, dass wohl unter der Schleimhaut ein fester Körper befindlich sein müsste, jedoch war die Natur desselben zunächst nicht festzustellen, da wie schon gesagt, kein Theil desselben blosliegend gefunden wurde. Irgend welche Beweglichkeit konnte nicht konstatirt werden. Erschwert wurde die Diagnose noch dadurch, dass auf der rechten Nase eine Rhinitis fötida bestand.

Es wurde nun zunächst in der Weise vorgegangen, dass die Nase, vornehmlich die beschriebene Vorwölbung nach sorgfältiger Reinigung mit Jod-Jodkaliglycerin bepinselt wurde. Schon nach wenigen Tagen trat an einer Stelle der Körper zu Tage. Zugleich wurde durch Sondirung festgestellt, dass der Körper eine wenn auch geringe Beweglichkeit zeigte. Hierdurch wurde die Diagnose sichergestellt. Eine sofortige Entfernung des Steines wurde sogleich versucht, jedoch musste von derselben wegen zu grosser Schmerzen Abstand genommen werden. Sie wurde nochmals nach erfolgter Cocaïnisirung der Nase versucht, doch aus dem gleichen Grunde wieder unterlassen. Schon die einfache Berührung mit der Sonde und leichtes Bewegen des Rhinolithen verursachte heftige Schmerzen. Aus diesem Grunde wurde die oben beschriebene Behandlung fortgesetzt und zwar mit sehr günstigem Erfolge. Der Stein trat mehr und mehr hervor, die Beweglichkeit wurde eine grössere, so dass er nach einigen Wochen ohne jede Beschwerde entfernt werden konnte. Es wurde nun zunächst versucht, den Stein nach vorn herauszunehmen. Jedoch scheiterte dies an der Grösse desselben. Da bei dem Versuche, den Stein zu zertrümmern, nur kleine Stücke von demselben abgesprengt wurden, entschloss ich mich zur Entfernung des Steines durch die Choanen, was auch sofort und ohne jede Schwierigkeit gelang. Ich lege Ihnen hier, meine Herren, den Stein vor. Er war, wie oben erwähnt, etwas grösser als im jetzigen Zustande. Bei der Untersuchung nach Entfernung des Steines fand sich im hinteren Theil der rechten Nasenhöhle eine ziemlich ausgedehnte annähernd kubische Höhle, entsprechend dem früheren Sitze des Rhinolithen. Der Stein hatte sich also im Laufe seiner Entwicklung allmählich in den Oberkieferknochen hinein gepresst. Nach Entfernung des Steines hörte der fötide Ausfluss sofort auf, der Geruch wurde bedeutend weniger, schwand allmählich. Einige Monate später machte sich die neben dem Rhinolithen bestehende Rhinitis fötida wieder durch

Geruch bemerkbar, jedoch nicht annähernd in früherer Intensität. Dieselbe ist augenblicklich durch geeignete Behandlung wieder vollkommen geschwunden, wenn gleich die Borkenbildung noch nicht gänzlich gehoben ist.

Ueber die Erfolge der Tuberculinbehandlung bei chirurgischer Tuberculose der Kinder.

Referat, im Auftrag des Vorstandes der Gesellschaft für Kinderheilkunde in der 2. Sitzung der Section für Kinderheilkunde anlässlich der diesjährigen Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte erstattet von

Dr. med. *E. Leser*,
Privatdocent für Chirurgie an der Universität Halle.

(Schluss.)

Eine weitere wichtige Form chirurgischer Tuberculose bei Kindern sind die so häufigen und in verschiedenen Typen in den verschiedensten Gegenden vorkommenden Knochen- und Gelenkerkrankungen, beginnend mit der relativ unschuldigen Spina ventosa und endend mit den schwersten Formen centraler Schafttuberculose und fungöser Gelenkentzündung. Dass bei diesen Erkrankungen allerwärts ausgedehnte Versuche gemacht worden sind, beweisen die fast zahllosen Publicationen. Trotzdem aber, meine Herren, können wir uns hier kurz fassen, denn ebenso wie beim Lupus haben wir bisher keineswegs eine beachtenswerthe Anzahl Heilungen zu erwähnen. Wohl sind Fälle publicirt, welche offenbar seiner Zeit geheilt schienen, aber ihre Zahl ist nicht sehr gross.

Fast übereinstimmend wird zunächst berichtet, dass namentlich bei dem tuberculösen Hydrops der Gelenke gute Resultate beobachtet wurden, d. h. dass auffallend schnell nach einigen Tuberculininjectionen der Erguss schwindet. Meine Herren, dieses ist aber nicht gleichbedeutend mit Heilung, denn sehr wohl kann der Hydrops geschwunden sein, ohne dass damit die Gelenkerkrankung verändert ist. Aber wir können weiter diese Beobachtung als etwas Besonderes, Charakteristisches der Tuberculinwirkung nicht ansehen. Wir wissen, dass durch Tuberculin an Stellen, wo tuberculöse Bacillen die Gewebe verändert haben, eine acute Entzündung Platz greift, wir wissen aber ferner längst, dass es eines der sichersten Mittel, die Symptome eines chronischen Entzündungsprocesses, in diesem Falle also den serösen Erguss, zu vertreiben ist, wenn man an deren Stelle eine acute Entzündung setzt. Darauf beruht, um nur einige Beispiele anzuführen, bekanntlich der Erfolg der Jodinjection bei Hydrocele, der Carbolauswaschung bei Gelenkergüssen. Aber, meine Herren, wir würden doch schwer irren, wollten wir annehmen, dass, weil der Gelenkerguss beseitigt ist, nun auch die Gelenkerkrankung geheilt ist. Wir haben die maassgebendsten Beweise durch nachträgliche mikroskopische und auch experimentelle Untersuchungen, dass in den Wandbekleidungen derart scheinbar geheilter Gelenke massenhaft unveränderte Tuberkel und Tuberkelbacillen noch sitzen, dass dieselben auch nicht die Spur ihrer Virulenz bei Impfungen eingebüsst haben. Solche Untersuchungen haben u. A. Nauwerk und Julius Wolff veröffentlicht. Ganz analoge Verhältnisse finden sich bei den serösen Ergüssen in der Sehnenscheide. Können wir also bei dieser, immerhin möglicherweise leichten Form von Gelenktuberculose keineswegs von Heilungen, höchstens von Besserungen sprechen, Besserungen, wie wir sie aber auch mit anderen Methoden zu erreichen wussten, so sind im Grossen und Ganzen die Resultate bei den anderen, vielleicht im Allgemeinen noch als schwerere Erkrankungsformen anzusehenden Gelenktuberculosen, dem Tumor albus und dem kalten Abscess noch unsicherere, ja zum Theil sogar negative.

Auch hier hören und sehen wir, dass in diesem und jenem Falle die bestehende Schmerzhaftigkeit sich mindert, dass die charakteristische Fixation des erkrankten Gelenkes sich verringert, dass eine eventuell sogar rasche Abnahme der synovialen Gelenkschwellung eintritt, nachdem durch die örtliche Reaction anfänglich eine vermehrte Schmerzhaftigkeit, eine vermehrte Schwellung bedingt war, kurzum dass man nach Tuberculininjectionen eine rasche Tendenz zur Heilung gesehen habe, dass man eine ganze Reihe von geschlossenem Empyem habe vollständig zurückgehen sehen. Viele Chirurgen sind ferner der Meinung, dass die Besserungen erheblicher bei der offenen Gelenktuberculose, also solcher, welche theils durch spontanen Aufbruch, theils durch operativen Eingriff fistulös geworden sind, dass letztere bald ein gutes Aussehen gewinnen und sich rasch schliessen. Schlagen deshalb sogar Einige vor, lediglich zu diesem Zwecke vorbereitende Operationen, Incisionen, Anlegen einer Fistel zu unternehmen. Mir scheint dies entschieden zu weit gehend, zumal wir wissen, dass von einer Nekrose des tuberculösen Gewebes nicht die Rede ist. — Am geringsten erscheinen die bessernden Resultate beim kalten Gelenkabscess und bei den centralen, mit Sequestern complicirten käsigen Schafttuberculosen. Wird doch berichtet und habe ich selbst in zwei Fällen beobachtet, dass trotz ausgedehnter, durch mikroskopische Untersuchung diagnostisch festgestellter Knochentuberculose, die örtliche Reaction ganz ausbleibt. Keinenfalls also ist von einer Regelmässigkeit der Besserung, noch viel weniger einer Heilung die Rede. Dazu kommt, dass es nicht wenige Beobachtungen giebt, welche stricte beweisen, dass geradezu Schaden durch die Behandlung an Ort und Stelle der Erkrankung angerichtet ist. Allerdings sind ja einige Fälle von Heilungen incidirter Gelenkabscesse bekannt gegeben. Ebenso gering sind die Erfolge bei der centralen Schaftnekrose. Aus meiner eigenen Erfahrung kann ich über 3 Fälle berichten, 2 Fälle von Tuberculose an dem untern Drittel des Humerus mit tuberculösen Sequestern. Sehr geringe locale Reaction bei deutlicher Allgemeinreaction nach mehrmaligen Injectionen von je $^1/_2$ mg. Bei der Operation, Aufmeisselung und Auslöffelung konnten wir überhaupt gar keine Veränderung an den kranken Geweben erkennen. Aehnlich war der Befund bei einer Schafttuberculose an der Tibia. Die Hoffnung, dass sich durch die Tuberculininjection das tuberculöse Gewebe, namentlich in necrotischem Zustande deutlicher von der gesunden Umgebung scheiden und dadurch unsere operativen Eingriffe erleichtern würde, hat sich ebenfalls nicht in der Regel bestätigt. Wenn auch hier und da beobachtet ist, dass in gangränösen Fetzen tuberculöse Gewebe sich abgestossen hatten und leicht herauszuschaffen waren, so war doch keineswegs etwa alles Kranke derart verändert; in den benachbarten Gewebslagen fanden sich noch makroskopische und mikroskopische Tuberkel mit lebensfähigen Bacillen.

Eine besonders häufige und prognostisch wenig gute, chirurgisch-tuberculöse Erkrankung der Kinder ist die Spondylitis: eine tuberculöse Affection, welche fast ausnahmslos gleichzeitig eine Erkrankung der Knochen und der die einzelnen spangiösen Knochen verbindenden Gelenke ist, also hierher gehört. Die Erfahrungen gerade über diese Affection sind auffallend verschieden. Während einzelne, darunter Mikulicz angeben, dass sie gar keine Resultate, keine Besserungen gesehen, heben wiederum andere, darunter z. B. Schede und Kümmell, die guten Erfolge hervor. Schede hat bei Spondylitis mit Senkungsabscessen und Fisteln mehrfach unmittelbar nach der Injection eine sehr lang bestehende Fistel ausheilen und definitiv vernarben gesehen. Die Kinder erlangten wieder die verlorene Gehfähigkeit, die Schmerzen hörten fast momentan auf. Dabei wurde eine Besserung des Allgemeinbefindens, eine wesentliche Körpergewichtszunahme constatirt. Ganz ähnliche Beobachtungen hat Kümmell gemacht. Beide Aerzte experimentirten übrigens — ich halte es mit Rücksicht auf spätere Auseinandersetzungen nöthig, dies zu betonen — mit sehr kleinen Dosen. Meine eigenen Erfahrungen beziehen sich allerdings nur auf 2 Fälle. Ich selbst habe von der Tuberculinwirkung bei Spondylitis nichts gesehen, resp. nichts Besseres gesehen, als was wir schon lange mit Hilfe der Extensionsbehandlung und bei den Senkungsabscessen neuerdings mit den Jodoforminjectionen erreicht haben.

Von den übrigen chirurgischen Tuberculosen, meine Herren, ist bei Kindern wenig noch zu berichten. Ueber Zungentuberculose, welche ja überhaupt nur ausnahmsweise bei Kindern vorkommt, liegt meines Wissens nur eine wichtige Beobachtung vor, welche einen sehr ungünstigen Verlauf nahm, indem unter fortdauernder Tuberculinbehandlung die bis dahin gesunde Zunge, zunächst unter dem Bilde einer aphthösen

Erkrankung, dann eines sich allmählich vergrössernden, zerfallenden Geschwürs schwer tuberculös erkrankte und ganz frische Tuberkeleruptionen sich sichtbar bildeten.

Die peritoneale Tuberculose, welche ja sowohl den inneren Arzt wie den Chirurgen beschäftigt, ist nach der Literatur mehrmals Gegenstand der Tuberculinbehandlung gewesen. Fast übereinstimmend lautet die Erfahrung, dass die Formen, welche unter dem Bilde der tuberculösen Ascites auftraten, meist insofern sich bessern, als der peritoneale Erguss resorbirt wird. Es ist aber auch beobachtet (Henoch hat den Fall publicirt), dass nach Tuberculininjection ein allerdings früher vorhandener, aber vollständig verschwundener Ascites wiederkam, jedoch nach einigen Tagen erneut resorbirt wurde. Nun, meine Herren, wissen wir ja gerade von dieser Form der tuberculösen Bauchfellentzündung, dass sie nach einfacher Laparotomie und Abfliessen des Secrets heilen könne (Koenig). Weniger gut sind die Fälle, welche deutlich die multiple Eruption von Tuberkelknötchen durch die unversehrten Bauchdecken palpiren lassen. Ich habe einen solchen Fall, es handelte sich um einen Knaben von 8 Jahren, behandelt, dabei ein ganz frappirendes Resultat erreicht. Der Knabe kam mit grossem Ascites und deutlich durch die mageren Bauchdecken durchzufühlenden multiplen Tuberkelknoten in Behandlung; Palpation des Abdomen äusserst schmerzhaft. Ausserdem hatte er Lupus am rechten Handrücken, Lupus an innerer Oberschenkelfläche und rechten inn. Malleolus. Der Knabe erhielt in toto 6 Injectionen à $^1/_5$ mg jeden 3. Tag und zeigte schon nach der 3. Injection eine sehr auffallende Besserung, der Ascites resorbirte sich vollkommen, sehr bald war die Palpation der Bauchhöhle schmerzlos, von den deutlich durchzufühlenden Knötchen keine Spur mehr zu entdecken. Der Knabe konnte 5 Wochen nach Beginn der Behandlung wie man sagt »geheilt« entlassen werden, er besucht wieder die Schule und ist bisher, wie ich mich neulich überzeugen konnte, vollkommen gesund geblieben. Der sehr geschädigte Allgemeinzustand nahm ebenfalls schon während des Aufenthaltes in der Anstalt zu und ist ein guter geblieben.

Auch bei der tuberculösen Meningitis, welche ja einen hervorragenden Platz in der Reihe der tuberculösen Kinderaffectionen einnimmt, hat man die Koch'sche Behandlung versucht, aber mit so wenig Erfolg, bez. so schlechtem Ausgang, dass man sehr bald von weiteren Versuchen und wie ich meine, mit Recht abgestanden ist. Einen diesen Standpunkt in jeder Hinsicht illustrirenden und begründenden Fall, der Ihnen ja Allen bekannt ist, hat Henoch publicirt. Ein Kind mit tuberculöser Meningitis in comatösem Zustande erhält 4 Injectionen und reagirt nach jeder derselben mit leichter Fiebersteigerung; es starb und bei der Section wurde eine so enorme Hyperämie und Injection sämmtlicher Gefässe der Meningen und grauen Hirnsubstanz gefunden, dass Henoch auf Grund dieser Beobachtung erklärt, vorläufig von der Koch'schen Behandlung bei tuberculöser Meningitis selbst im ersten Stadium absehen zu sollen. Diesem Standpunkt schliesse ich mich auch jetzt noch vollkommen an, obwohl, wie Ihnen bekannt, einzelne Veröffentlichungen über Heilungen selbst von tuberculöser Meningitis durch Tuberculin erschienen sind.

Darmfisteln sind bei Kindern sehr selten; die Erfahrungen, welche die Chirurgen bei tuberculösen Mastdarmfisteln gemacht haben, sind ebenfalls wenig gute, ein Theil derselben vermisst sogar jede örtliche Reaction. Keineswegs ist von besonderen Heilungserfolgen die Rede. Ebenso ist von der bei Kindern nicht weniger seltenen Tuberculose des Hoden bez. Nebenhoden und endlich der Harnblase bez. der Nieren bez. Harnröhre dasselbe zu sagen, d. h. von häufigen Erfolgen ist nicht die Rede. Gerade bei der Hoden- und Nebenhodentuberculose wird fast übereinstimmend die Erfolglosigkeit der Behandlung hervorgehoben, sei es, dass überhaupt keine localisirte Reaction beobachtet wurde, sei es, dass trotz derselben Besserung nicht eintrat, ja in einzelnen Fällen sogar sichtbare Verschlimmerung.

Nicht so gleichmässig lautet das Urtheil über die Wirkung bei Tuberculose des Harnapparats. Während Schede z. B. ausgezeichnete Resultate hierbei gesehen — in 3 Fällen von tuberculösem Blasenkatarrh schwanden sämmtliche Symptome und die Bacillen, es wurde also Heilung erreicht; — hat Burckhardt niemals eine Besserung constatiren können. Die lokale Reaction wird als typisch geschildert; es treten stark vermehrter Harndrang, Schmerz bei der Entleerung des Urins, meist erhebliche Mengen Blut und Leucocyten im Urin auf. Allmälig lassen Harndrang, Schmerz und Blutung nach, erst später die Entleerung von Leucocyten und Epithelien. Die Bacillen sind reichlich vermehrt, nehmen aber allmälig wieder ab, nach Schede können sie ganz wegbleiben, nach Burckhardt nicht.

Meine Herren! Damit hätten wir die wichtigeren Formen chirurgischer Tuberculose bei Kindern meines Wissens durchgesprochen und im Einzelnen hinsichtlich der Erfahrungen über die Behandlung mit Tuberculin beleuchtet. Wie ich schon Eingangs meines Referates betonte, und wie Sie nun selbst aus dem eben Vorgetragenen hören konnten, ist der Erfolg der Behandlung keineswegs der gewesen, den wir fast alle erwartet haben: Heilungen von Dauer sind bei keiner einzigen Form chirurgischer Tuberculose in regelmässiger Folge und grosser Anzahl erzielt. Aber, meine Herren, wie ein rother Faden zieht sich bei allen diesen Beobachtungen doch eine auffällige Thatsache, dass nämlich fast bei jeder der genannten Formen von diesem oder jenem Autor Beobachtungen von raschen Erfolgen, von mehr oder weniger anhaltenden Heilungen, überraschenden Besserungen berichtet werden, wie sie bis dahin kaum bei einer anderen Behandlungs Methode gesehen sind. Meine Herren, diesem können wir uns Alle nicht entziehen, mögen unsere persönlichen Anschauungen sein, welche sie wollen. Ist dies der Fall, so müssen wir auch trotz der Verschiedenheit der Erfolge ferner einräumen, dass das Tuberculin unter bestimmten Umständen, welche uns allerdings bisher gänzlich unbekannt sind, ein Heilmittel der Tuberculose sein kann.

Meine Herren! Das Suchen nach diesen besonderen Verhältnissen, nach den Gründen, warum in dem einen Falle eine rasche Wendung zum Besseren, in dem anderen Falle gar kein Erfolg oder in dem dritten Falle gar unmittelbarer Schaden eingetreten ist, hängt eng zusammen mit der Frage über die Wirkungsweise des Mittels überhaupt. Auf dieselbe einzugehen, ist weder Zeit noch Ort, so gern ich es möchte. Ich will zum Schluss nur darauf hinweisen, dass in letzter Zeit von Hertwig ein Aufsatz publicirt ist, welcher sich mit diesem Problem beschäftigt. Hertwig führt in die Untersuchung dieser Verhältnisse ganz neue, d. h. bis dahin noch nicht auf diesem Gebiete geltend gemachte Momente, Untersuchungen über Chemotaxis der Zellen, über die Wirkung der Stoffwechselproducte auf die weissen Blutkörperchen ein. Ich muss gestehen, dass mir dieser Erklärungsversuch von allen bisherigen am besten gefällt und wollte diejenigen von Ihnen, welche die Arbeit noch nicht kennen sollten, darauf aufmerksam machen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. F. Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten. II. umgearbeitete Auflage, Leipzig 1890, S. Hirzel.

Das Winckel'sche Lehrbuch der Frauenkrankheiten, welches in I. Auflage vor 5 Jahren erschien, hat schon damals so sehr den Beifall der Fachgenossen und der ärztlichen Welt überhaupt gefunden, dass es Niemand überraschen wird, dass dasselbe nunmehr in neuer Auflage erscheint. Wir haben schon seiner Zeit bei Besprechung von Winckel's Lehrbuch der Geburtshilfe als einen ganz besonderen Vorzug des Buches hervorgehoben, dass dasselbe als die reife Frucht einer langjährigen wissenschaftlichen und praktischen Thätigkeit des Verfassers geschrieben wurde, und derselbe Vorzug muss dem vorliegenden Lehrbuch der Frauenkrankheiten nachgerühmt werden. Auf allen Seiten des stattlichen Bandes kann der Leser sich unschwer überzeugen, dass nicht nur eine grosse Summe von Erfahrung dem Verfasser zur Verfügung steht, sondern dass derselbe auch durch eigene wissenschaftliche Untersuchung unter eingehender Berücksichtigung der gesammten Literatur zu den einzelnen Fragen seine ganz bestimmte und präcise Stellung genommen hat. Auch derjenige, welcher die zahlreichen wissenschaftlichen

Arbeiten des Verfassers auf dem Gebiete der Gynäkologie nicht näher kennt, wird einen Begriff von der umfassenden Thätigkeit desselben bekommen, wenn er bedenkt, dass die weit aus grösste Mehrzahl der zahlreichen pathologisch-anatomischen Abbildungen, welche das Lehrbuch bringt, von Präparaten stammen, welche der Verfasser im Laufe seiner langjährigen Thätigkeit gesammelt hat.

Die Stellung, welche der Verfasser zu einzelnen gynäkologischen Tagesfragen einnimmt, ist eine durchaus eigenartige. Schon in der I. Auflage seines Werkes trat Winckel der zu dieser Zeit mehr denn je herrschenden operativen Richtung in der Gynäkologie bei zahlreichen Gelegenheiten entgegen, indem er sich ganz besonders gegen die Ueberhandnahme der verstümmelnden Operationen der weiblichen Sexualorgane aussprach, und es wird Niemand leugnen können, dass in dieser Richtung der Winckel'schen Lehren ein unbestreitbares Verdienst besteht. Dass in dieser Beziehung eine Aenderung allmählig einzutreten beginnt, indem trotz Beibehaltung der operativen Richtung in der Gynäkologie mehr conservative Operationsverfahren in den letzten Jahren zu Tage treten, ist nicht am Wenigsten ein Verdienst Winckel's.

Was die Anordnung des Stoffes in der II. Auflage anbelangt, so ist dieselbe die alte geblieben; eine wesentliche Aenderung jedoch ist insoferne eingetreten, als der Verfasser die Erkrankungen der Brüste diesmal wegliess, während er die Erkrankungen der weiblichen Harnröhre und Blase neu in das Lehrbuch aufgenommen hat. Mit dieser Neuerung wird jeder Fachmann durchaus einverstanden sein; denn die Anomalien der Brüste stehen doch in einem ziemlich lockeren Verhältniss mit denen der weiblichen Sexualorgane, während ein praktischer Frauenarzt tagtäglich Gelegenheit hat, die Anomalien der Blase und Harnröhre in den Bereich seiner Betrachtungen zu ziehen.

Eine wesentliche Verbesserung hat das Lehrbuch gegenüber der I. Auflage nicht nur durch zahlreiche neue, sondern vor Allem auch durch sehr viel bessere Abbildungen erfahren.

Was die Literaturangaben anbelangt, so ist den einzelnen Kapiteln wesentlich nur die Literatur der letzten Jahre vorangestellt, während bezüglich der älteren auf die erste Auflage verwiesen wird. Das Lehrbuch hat dadurch allerdings an Handlichkeit gewonnen, allein zum praktischen Gebrauche doch etwas eingebüsst, da sicher die Minderzahl derjenigen, welche die II. Auflage besitzen, auch im Besitze der I. Auflage sein dürften. Vielleicht entschliesst sich der Verfasser bei späteren Auflagen die ältere Literatur in kleinem Druck am Schlusse des Buches zu bringen.

Ein Lehrbuch, wie das vorliegende, bedarf keiner empfehlenden Worte. Es besitzt ja bereits seine Tradition und macht seinen Weg von selbst. Jeder aber, der es liest und gebraucht, wird es mit Dankbarkeit gegen den Verfasser benützen.

Frommel.

Prof. Dr. **Rudolf Böhm: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre** für Studirende, Aerzte und Apotheker. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Jena, Gustav Fischer 1891.

Kein Zweig der praktischen Medicin stellt grössere Ansprüche an das Gedächtniss des Arztes als die Arzneimittellehre; diese bedarf daher auch mehr als andere Disciplinen der Stütze und Nachhilfe durch das geschriebene bezw. gedruckte Wort. Eine Reihe vortrefflicher Werke haben diesem Bedürfnisse in den letzten Jahren Rechnung getragen, unter ihnen als eines der bewährtesten das vorliegende Lehrbuch Böhm's, welches in kurzer Zeit die 2. Auflage erlebt. Dasselbe ist in erster Linie auf Grundlage des »Deutschen Arzneibuches« (Pharmacopoea Germanica Ed. III) bearbeitet, berücksichtigt aber auch ausserdeutsche Arzneibücher, wie die englische, französische, schweizerische, dänische, amerikanische u. a. Pharmakopöen, ohne dadurch die Uebersicht zu stören oder den Umfang des Buches wesentlich zu vergrössern.

Nach einer kurzen Einleitung führt der Verfasser den Leser mit sehr geschickter knapper Darstellung in die allgemeine Arzneiverordnungslehre ein. Er beginnt mit einer tabellarischen Uebersicht der früher und jetzt gebräuchlichen Maasse und Gewichte, schildert sodann nach einer kurzen Auseinandersetzung über die Pharmakopöen die wichtigsten pharmaceutischen Operationen und beschreibt im Allgemeinen die verschiedenen pharmaceutischen Präparate, um dann kurz die allgemeinen Regeln der schriftlichen Arzneiverordnung zu erörtern. Daran reihen sich die Verordnungsformen und die Methoden ihrer Anwendung in 3 Kapiteln, welche die festen und festweichen, die flüssigen und die flüchtigen Formen behandeln.

In der speciellen Arzneiverordnungslehre, die dem umfangreichen Stoffe entsprechend den bei Weitem grössten Theil des Werkes ausmacht, hat Böhm die Arzneikörper in der Weise angeordnet, dass die einzelnen Stoffe sich entweder nach ihrer chemischen Verwandtschaft oder nach ihrer therapeutischen Wirkungsweise zu besonderen Gruppen vereinigt finden. Dadurch wird dem Lernenden das Verständniss für die Bedeutung der einzelnen Präparate mehr erleichtert als bei der sonst vielfach gebräuchlichen alphabetischen Anordnung des Stoffes. Die Kenntniss der pharmakodynamischen Wirkungen der Arzneimittel beim Leser voraussetzend, charakterisirt der Verfasser jedes einzelne nach seinen physikalischen und chemischen Eigenschaften und weist bei den pflanzlichen und thierischen Medicamenten kurz auf deren Herkunft und Gewinnung hin. An diese Charakteristik der einzelnen Stoffe schliessen sich die Arten der Anwendung, die Dosirung, die Indicationen, wobei vor Allem den Erfahrungen der Praxis Rechnung getragen wird. Mit vollem Recht überlässt es der Verfasser dem Leser zumeist, sich für den Einzelfall nach den ausreichenden Angaben des Lehrbuchs sein Recept selbst zusammenzustellen, und begnügt sich daher mit der Aufführung einer nicht zu grossen Zahl »typischer Beispiele« von Receptformeln.

Den zweckmässigen Schluss des Werkes bilden eine Tabelle der Maximaldosen, eine Tabelle über die Löslichkeit chemischer Präparate in Wasser, Alkohol und Aether, sowie ein alphabetisches Sachregister.

Für den Studirenden ein ebenso ausgezeichnetes Lehrbuch, wie für den Arzt und Apotheker ein übersichtliches und inhaltsreiches Nachschlagebuch, wird Böhm's Arzneiverordnungslehre in ihrer neuen zeitgemässen Bearbeitung sicherlich viele neue Freunde und Verehrer zu den alten hinzugewinnen.

Stintzing.

Vereins- und Congress-Berichte.

Aerztlicher Verein München.

Sitzung vom 21. October 1891.

Nach Verlesung und Genehmigung des Protokolles hält Herr Privatdocent Dr. Kopp die angekündigte Demonstration eines Falles von Pityriasis rubra pilaris.

Alsdann hält Herr Geheimrath von **Pettenkofer** den Vortrag: **Ueber Selbstreinigung der Flüsse und den Beschluss des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege darüber.** Der Vortrag ist bereits in Extenso in Nr. 45 der Münchener medicin. Wochenschrift erschienen.)

An der Discussion betheiligt sich zunächst Director Professor v. Ranke: Die Erinnerung an einige Entgegnungen, die er im vergangenen Jahre bei seiner Befürwortung der Rieselfelder fand, sei nicht gerade verlockend in dieser Sache nochmals das Wort zu ergreifen. Dennoch halte er es für seine Pflicht, seinen Standpunkt nochmals zu präcisiren. Es handle sich hier um eine Sache, die nicht im ärztlichen Verein entschieden werde, sondern bezüglich welcher, da es sich um einen öffentlichen Fluss handle, die k. Staatsregierung das entscheidende Wort zu sprechen habe. Das volkswirthschaftliche und das sanitäre Interesse werde erwogen werden müssen, damit die Staatsregierung ihren Entschluss fassen kann.

Bezüglich des ersteren kommt er nicht darüber hinaus, dass die jährlichen Abfallstoffe einer Person, wenn zur Düngung verwendet, im Stande sind, die jährlichen Nahrungsstoffe wieder zu erzeugen; dass also, wenn die jährlichen Abfallstoffe einer Bevölkerung von 300,000 in den Fluss geleitet würden, das Aequivalent für die Ernährung von 300,000 Menschen ein Jahr hindurch vergeudet werde. Dass dies im Laufe der Jahre einen colossalen Verlust für die Volkswirthschaft unseres Landes bedeute, sei zweifellos, ebenso zweifellos, dass dieser Verlust zum grossen Theil vermieden werden könne durch Einrichtung von Rieselfeldern, welche die Canaljauche auf-

nehmen und landwirthschaftlich verwerthen. Uebrigens diese volkswirthschaftliche Frage sei hier weniger zuständig als die sanitäre.

Herr Geheimrath v. Pettenkofer behauptet, dass durch die Einleitung der Münchener Canaljauche in die Isar sanitäre Nachtheile und Belästigungen für die weiter flussabwärts gelegenen Orte nicht erwachsen können, was sich Redner in aller Bescheidenheit immer noch zu bezweifeln erlaube. Er müsse nochmals daran erinnern, dass Herr Geheimrath v. Pettenkofer in der Märzsitzung des Münchener Architekten- und Ingenieurvereines im Jahre 1877 die Einmündung der Frankfurter Canaljauche in den Main als etwas ganz Unschuldiges hingestellt und sich über desfallsige Befürchtungen lustig gemacht hatte, während die Münchener Commission im darauffolgenden Jahre 1878 bei eigenem Augenschein an Ort und Stelle die Verhältnisse so fand, dass der damalige Assistent und Vertreter Herrn v. Pettenkofer's in der Commission, Dr. Wolffhügel offen erklären musste, für eine Einmündung der Canaljauche in den Main könne er nicht sein.

Nun lägen ja, wie Redner das wiederholt anerkannt habe, die Verhältnisse an der Isar sehr viel günstiger als am Main, aber dennoch nicht so, dass seiner Ansicht nach, eine das Wohl des ganzen Landes berücksichtigende Regierung die Einmündung gestatten könne.

Seine Hochachtung gegen Herrn v. Pettenkofer als Forscher gehe übrigens so weit, dass, soweit er als Individuum eine Stimme abzugeben hätte, er sich mit dem Versuch der Einmündung unter Einer Bedingung einverstanden erklären könnte, nämlich der, dass, sowie durch die Einmündung an einem der Isar abwärts gelegenen Orte ungünstige Einflüsse und Belästigungen entstehen, die Einmündung sofort inhibirt und Rieselfelder angelegt werden müssen. Als Criterium, für eine ungünstige Beeinflussung, würde er nicht chemische Untersuchungen maassgebend sein lassen, sondern einfach das Geruchsorgan der Laien entscheiden lassen. Jedermann, ob Jurist, Mediciner oder Laie, sofern er normal constituirt sei, wisse, ob es irgendwo nach Fäcalien rieche. Die Probe, mit der er sich eventuell einverstanden erklären könnte, wäre also die: So lange es in den Isarauen unterhalb Dietersheim und um Freising nach einer stattgehabten Ueberschwemmung durch Isarwasser nicht übel rieche, dürfe die Einmündung der Münchener Canaljauche in den Fluss stattbaben, sowie aber das Gegentheil von einer Commission constatirt werde, müsse die Jauche Rieselfeldern zugeleitet werden. Ueberschwemmungen der Isar in den Auen gegenüber Schäftlarn, wo der Fluss sich noch seiner ursprünglichen Reinheit erfreue, lassen, wenn sie verlaufen sind, keinen unangenehmen Geruch zurück. Er kenne diese Verhältnisse zufällig genau, da er häufig dahin komme.

Es würde ihn interessiren zu hören, ob Herr Geheimrath v. Pettenkofer sich mit einem derartigen Versuche und den daran angeknüpften Consequenzen einverstanden erklären könne?

Geheimrath v. Pettenkofer bemerkt, dass man ihm immer mit Frankfurt und dem Main komme, obschon er schon oft dargelegt habe, dass er auch jetzt noch sagen könne, Frankfurt könne in den Main abschwemmen, ohne dass eine wesentliche Flussverunreinigung zu befürchten sei. Man scheine nicht viel Neues zum Entgegnen zu haben. Die Flussverunreinigung sei bloss dadurch constatirt worden, dass man Kothballen und Papier an der Stelle der Einmündung der Siele habe schwimmen sehen — aber gerochen habe die Commission an dieser Stelle nichts. Erst der Arzt in Griesheim, als er im Main badete, habe gefunden, dass sein Vollbart 3 Tage lang nach Fäcalien gerochen habe. Manche Leute riechen schon etwas, wenn sie nur an etwas Riechendes denken. In Frankfurt habe man den Fehler begangen, dass man die gröberen im Sielwasser schwimmenden Theilchen nicht abgefangen habe, wie es in München geschehen wird. In Frankfurt wird zur Zeit der stringente Beweis geliefert, dass die Stadt abschwemmen kann, ohne Rieselfelder anzulegen und ohne eine chemische Reinigung des Sielwassers vorzunehmen, und trotzdem der Main nicht verunreinigt wird.

Die Stadt Frankfurt wurde vom preussischen Ministerium bald nach der Eroberung im Jahre 1866 gezwungen, das Sielwasser entweder auf Rieselfelder zu leiten oder es chemisch zu reinigen, ehe es in den Main gelassen wird. Es hatte bekanntlich die wissenschaftliche Deputation in Berlin den Satz aufgestellt, dass in einen öffentlichen Wasserlauf nur reine oder gereinigte Wässer eingeleitet werden dürfen. — Da wies man denn, so oft eine Stadt canalisiren und abschwemmen wollte, immer auf Frankfurt hin. Dieses Beispiel gegen das allgemeine Berliner Dogma musste aus der Welt geschafft werden. Die Stadt hat dann auch Kläranlagen mit Chemikalien eingerichtet und betreibt sie mit grossen Kosten. — Um an Chemikalien und Personal zu sparen, wird in neuerer Zeit nur bei Tag und nicht während der Nacht gereinigt. Während der Nacht läuft das Sielwasser ohne Chemikalienzusatz in den Main, setzt nur in den Bassins die gröberen schwimmenden Theile ab — und Niemand, selbst die Griesheimer finden mehr Flussverunreinigung. Neulich war ein Bauamtmann von München in Frankfurt, um die dortige Sielwasserreinigung zu sehen. Er kam Morgens um 8 Uhr in die Anstalt, wo man ihm sagte, er sei zu früh gekommen, die Reinigung beginne erst um 9 Uhr.

Was die Isarauen anlange, welche nach Ueberschwemmungen unterhalb München nach Fäcalien riechen sollen, oberhalb München aber nicht, sehe er getrost dem Nachweise von Fäcalien entgegen. Der blosse üble Geruch genüge nicht, er könne leicht von einer todten Katze oder sonst etwas Fäulnissfähigem herrühren, was angeschwemmt wurde. Es müssen Fäcalien von München nachgewiesen werden.

Auch er (Pettenkofer) sei für Rieselfelder, wie er schon oft auseinandergesetzt habe, aber die Landwirthe sollen sie anlegen und betreiben, nicht die Stadt München, welche übrigens gerne bereit sei, die Sielwasser auf die Garchinger Haide zu leiten.

(Schluss folgt.)

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 5. März 1891.

Vorsitzender: Herr Gottlieb Merkel.

1) Herr **Beckh** stellt 3 Kranke vor, die wegen Lupus der Haut seit mehreren Wochen mit Erfolg mit Tuberculin-Injectionen behandelt werden, bei denen aber noch nicht vollständige Heilung erfolgt ist.

2) Herr **Goldschmidt** berichtet über seine Erfahrungen mit Tuberculin in der Privatpraxis und stellt eine 21jährige Kranke vor, die wegen Lupus seit 3 Wochen erfolgreich behandelt wird. (Die Mittheilung erschien in No. 12 dieser Wochenschrift.)

3) Herr **G. Merkel** spricht gleichfalls über die Anwendung des Tuberculins in der Privatpraxis.

4) Herr **Göschel** theilt einen Fall von tuberculöser Gonitis mit, welche anfänglich mit Tuberculinjectionen behandelt wurde, aber schliesslich doch die Amputation des Beines veranlasste. Der Fall verlief letal. Ein 2. Fall von Fungus genu bei einem 31jährigen Manne konnte nach 8 Injectionen gebessert entlassen werden.

Sitzung vom 19. März 1891.

Vorsitzender: Herr Heller.

1) Herr **Simon** theilt einen Fall von Traubenmole unter Demonstration des Präparates mit. Es handelt sich um eine 49jährige Mehrgebärende, bei welcher rasches Wachsthum des vergrösserten Uterus, Fluor und blutige Secretion constatirt war. Die Frau war dabei fieberhaft erkrankt. Nach Einlegen von Laminaria erfolgte die Erweiterung des Muttermundes so weit, dass der Uterus ausgeräumt und eine Blasenmole entfernt werden konnte. Der Fall endigte mit völliger Genesung.

2) Herr **Goldschmidt** demonstrirt mikroskopische Präparate von dem Gehirne eines an Malaria verstorbenen Mannes mit Malariaplasmodien, ferner Präparate von Schweinerothlauf.

Sitzung vom 2. April 1891.

Vorsitzender: Herr Gottlieb Merkel.

1) Fortsetzung der Discussion über die Koch'sche Behandlung der **Tuberculose.**

2) Herr **G. Merkel** berichtet über den Fall eines 26jährigen Bierbrauers, der am 21. März in's Krankenhaus eingetreten, nachdem er Tags zuvor nach länger bestandenen Verdauungsbeschwerden plötzlich von heftigem Leibschmerz befallen worden war. Die starke Auftreibung des Leibes liess den Verdacht der Ruptur eines Magengeschwürs aufkommen, doch war die Leberdämpfung nicht verschwunden.

Des enormen Erbrechens wegen wurden, obwohl ein Magenleiden nicht auszuschliessen war, wiederholte Magenausspülungen vorgenommen, die stets ganz auffallende Erleichterung verschafften. Koth wurde nie erbrochen. Stuhl war wiederholt da, Gase gingen wenig ab. Die Punction der gleichmässig ausgedehnten Darmschlingen liess Darmgase ausströmen ohne wesentliche Erleichterung. Patient starb nach 10 Tagen im Collaps, nachdem in den letzten Tagen in den untersten Partien Exsudat nachweisbar geworden war.

Die Section ergab ein markstückgrosses Ulcus ventriculi an der kleinen Curvatur, unmittelbar neben der Cardia, das perforirt war. Adhäsive Peritonitis und zwischen einzelnen Darmschlingen kleine abgesackte Eiterherde.

Der Vortragende macht besonders aufmerksam auf die grosse Erleichterung, welche hier die Magenausspülungen brachten, bei

welchen sicherlich nichts aus dem Magen hinausgelangt ist. Wäre er intra vitam sicher gewesen, dass ein Ulcus ventriculi vorhanden sei, so hätte er nie gewagt, die Ausspülung vorzunehmen.

3) Herr **Stepp** macht auf eine pharmakologische Arbeit von L. Reuter aufmerksam, der gefunden hatte, dass Phenacetin oft Phenetidin enthalte, welches unangenehme Nebenwirkungen bei Anwendung des ersteren zur Folge haben könne.

Sitzung vom 16. April 1891.

Vorsitzender: Herr Heller.

Herr **Carl Koch** referirt in ausführlicher Weise über den Verlauf des diesjährigen Chirurgen-Congresses.

Sitzung vom 14. Mai 1891.

Vorsitzender: Herr Gottlieb Merkel.

1) Herr **F. Merkel** referirt über die Arbeit von Petri und Massen aus dem Gesundheitsamte: Ueber die Herstellung von Dauermilch unter Anlehnung an Versuche mit einem bestimmten neueren Verfahren.

2) Herr **Hofmann** demonstrirte das patholog.-anatomische Präparat eines Aneurysma dissecans aortae.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de thérapeutique.

Sitzung vom 11. November.

Constantin Paul: Die Indikationen zur Anwendung des Strontiums. Das Strontium vermindere, ohne toxisch zu wirken, das Eiweiss bei Albuminurie; höre man zu früh mit dessen Darreichung auf, so steige wieder der Eiweissgehalt. Es sei besonders anzuwenden bei der parenchymatösen Nephritis und bei Albuminurie der Schwangerschaft und des Wochenbettes; wirkungslos sei es bei interstitieller Nephritis und Albuminurie cachektischer Phthisiker. Hohes Fieber sei keine Contraindikation gegen die Anwendung des milchsaueren Strontiums (bei parenchymatöser Nephritis). Bromstrontium, in Dosis von 6 gr täglich 2 Monate hindurch gegen Hysteroepilepsie gebraucht, habe die Anfälle, welche, jedesmal vor den Menses auftretend, dem Bromkali trotzten, aufhören gemacht.

Dujardin-Beaumetz hält die Verbindung des Broms mit Strontium für das dem Magen zuträglichste Bromsalz. Bei Darstellung der Sr-verbindungen sei vor allem darauf zu sehen, dass sie frei von dem so schädlichen Baryt seien.

Yvon und Berlioz empfehlen als neues Darmantisepticum das Benzonaphtol oder benzoesaures Naphtol. Seine toxische Wirkung sei geringer wie jene des salicyls. Naphtols und seine antiseptische grösser. Geschmack- und geruchlos, bei gewöhnlicher Temperatur in Wasser fast unlöslich, leicht löslich in Aether und Chloroform (ohne Alkohol), zersetzt es sich im Darmcanale in Naphtol β, welches darin verweilt, und Benzoesäure, welche in Verbindung mit Alkaliem durch den Harn ausgeschieden wird. Ausser der antiseptischen besitze es noch diuretische Wirkung; ohne Gefahr könne man 5 gr pro die beim Erwachsenen und 2 gr beim Kinde geben, am besten in kleinen, oftwiederholten Dosen (0,5—0,25 in Pillenform oder als Suspension).

Verschiedenes.

(Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern.) Wie bereits früher gemeldet, ist in der Bearbeitung dieser Statistik insoferne eine Aenderung eingetreten, als einer Entschliessung des Staatsministeriums des Innern zu Folge die Zählkarten direct an das k. statistische Bureau eingesendet werden, wodurch die gewünschte Portofreiheit erreicht wurde. Wie wir hören, sind von Seite einiger Amtsärzte und Vorstände ärztlicher Bezirksvereine bezüglich dieses Einsendungsmodus Bedenken geäussert worden, indem der Amtsarzt nunmehr keine Kenntniss von dem Auftreten von Infectionskrankheiten in seinem Bezirke erhalte. Das k. statistische Bureau hat nun in Würdigung dieser Bedenken sich in zuvorkommender Weise bereit erklärt, jedem Amtsarzte eine Zusammenstellung der aus seinem Bezirke eingelaufenen einzelnen Zählkarten zu übermitteln. Hiezu ist jedoch die rechtzeitige Einsendung der einzelnen Berichtskarten in erster Linie nothwendig; denn jede nach dem 15. des Nachmonats einlaufende Karte macht die dem betreffenden Bezirksarzte übermittelte Zusammenstellung wieder unrichtig und nöthigt zur Nachsendung einer zweiten, wodurch Verwechslungen eintreten müssen. Wir möchten daher im Interesse der vorliegenden Statistik die einzelnen an ihr sich betheiligenden Herren Aerzte dringendst ersuchen, ihre Zählkarten sobald irgend möglich, jedenfalls aber immer vor dem 15. des Nachmonats an das k. statistische Bureau einzusenden. Der Werth dieser Statistik und die Förderung dieser Sache seitens der bayerischen Regierung sind nicht hoch genug anzuschlagen; unseres Wissens besitzt kein anderer Staat — Italien ausgenommen — eine Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten. Was nun die Zahl der berichterstattenden Aerzte betrifft, so ist diese erfreulicher Weise seit dem vorigen Monat um 230 gestiegen und beträgt derzeit 1351 oder über $^2/_3$ sämmtlicher bayerischen Aerzte.

Therapeutische Notizen.

(Die Behandlung des Morphinismus) bespricht Professor Obersteiner in dem soeben erschienenen Bericht der Privatheilanstalt Ober-Döbling. Als Grundprincip der Behandlung stellt O. die Individualisirung auf. Die Entwöhnung soll nicht zu langsam vorgenommen werden, aber auch nicht mit einem Schlage. O. pflegt mit jener Tagesdosis zu beginnen, die der Kranke als die gewohnte angibt, um einen entsprechenden Ausgangspunkt zu haben. Anfänglich wird dieselbe rasch verringert, so rasch, als es eben ohne grosse Beschwerden für den Kranken möglich erscheint. Erst bei den letzten Centigrammen wird mit der Quantität des Morphiums langsamer herabgegangen, da in dieser Periode selbst die geringsten Dosen schwer entbehrt werden und Erleichterung für den Kranken nothwendig ist. In dieser letzten Beziehung pflegen warme Bäder von 5—15 Minuten, eventuell mit kalten Uebergiessungen oder Einpackungen in nasse Tücher (20—24° R.), in denen die Kranken $^1/_2$—2 Stunden verweilen dürfen, oft eine angenehme Wirkung auszuüben. Auch Alkohol in grösserer Menge verschafft oft Erleichterung. Was das Cocaïn betrifft, so darf dasselbe keinen anderen Zweck haben, als den, die heftigsten Abstinenzerscheinungen vorübergehend zu mildern. Zu demselben darf erst dann gegriffen werden, wenn die Abstinenzerscheinungen sehr heftig zu werden beginnen, also etwa 24—48 Stunden nach der letzten Morphingabe. Das Cocaïn ist nur innerlich, niemals subcutan zu verabreichen, am besten in folgender, haltbarer Lösung:

Rp. Cocaïn. muriat	0.50
Acid. salicyl.	0.10
Aq. destill.	10 00

Die Einzeldosis wähle man von 0.05—0.1, reiche dieselbe mehrmals des Tages, überschreite aber nie eine Tagesdosis von 0.5. Am 2. oder 3. Tage gehe man rasch mit dem Tagesquantum herunter und setze die Cocaïnbehandlung überhaupt nicht länger als 5—6 Tage fort. Grosses Gewicht ist auf die Hebung der Ernährung zu legen. Bei Collaps muss wieder zum Morphin gegriffen werden. Herzkranke sollen einer totalen Entwöhnung gar nicht ausgesetzt werden. (Wr. med. Pr.)

(Gegen nässende Ekzeme) empfiehlt Leven-Elberfeld (D. med. W. 48/91) 1 proc. Höllensteinlösung, welche mehrmals täglich zu Umschlägen von halbstündiger Dauer zu benützen ist. In der Zwischenzeit Bedeckung der erkrankten Hautpartieen mit Wismuthsalbe.

(Ein Scheiden-Urinal.) Die besten gebräuchlichen weiblichen Urinale schliessen bei längerem Gebrauche nicht wasserdicht ab und es läuft nach einiger Zeit stets Urin daneben. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hat Sänger (C. f. Gyn. No. 47) ein Urinal construirt, das mit einem einer Simon'schen Halbrinne nachgebildeten Schnabel versehen ist, welcher in die Scheide eingeführt wird, während der Harnbehälter zwischen die etwas gespreizten Oberschenkel zu liegen kommt. Der Apparat hat sich Sänger im praktischen Gebrauch durchaus bewährt; derselbe ist von Kallmeyer-Berlin zu beziehen.

(Borglycerin-Lanolin,) ein von der Berliner chemischen Fabrik Dr. Graf & Co. dargestelltes Präparat, wird von Zülzer (C. f. die Phys. und Path. d. Harn- u. Sex.-Org.) zur Einfettung der Katheter und anderer Instrumente zur Behandlung der Harnorgane empfohlen. Z. rühmt die Geschmeidigkeit des Präparates, das sich leicht über die ganze Fläche des Katheters vertheilen lässt, die Reizlosigkeit und die Haltbarkeit, die besonders durch die Aufbewahrung in Zinntuben erhöht wird. Auch bei verschiedenen Hautkrankheiten, Balanitis, Intertrigo, Decubitus habe sich das Präparat sehr gut bewährt.

(Zur Therapie des Trippers.) Gelegentlich der Besprechung einer von Hanika angegebenen Methode der Tripperbehandlung, bestehend in Ausfüllung der Harnröhre mit einem Tannin-Jodoform-Thallin-Pulver mittels eines eigens construirten Röhrchens, warnt Casper (D. Med.-Ztg., 12. Nov.) vor dieser Methode, nach welcher er des öfteren starke Reizung und ödematöse Schwellung der Urethralschleimhaut eintreten sah, und räth, bei den Injectionen zu bleiben. Als beste Injection im Beginn während des entzündlichen Stadiums empfiehlt er 1—$1^1/_2$ Proc. Thallin. sulf.-Lösung.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 1. December. Die zweite Lesung der Novelle zum Krankencassengesetz wurde im Reichstag in der vergangenen Woche fortgesetzt. Aus den bezüglichen Verhandlungen ist für uns von besonderem Interesse die abermalige Erörterung der freien Arztwahl, welche gelegentlich der Debatte über den von der Commission eingefügten § 55a stattfand, laut welchem die Verwaltungsbehörde auf Antrag von 30 betheiligten Versicherten anordnen kann, dass auch weitere als die von der Casse bestimmten Aerzte und Apotheken in Anspruch genommen werden können. Die Debatte über diesen Paragraphen war für die Aerzte eine höchst unerfreuliche; sie hat auf's Deutlichste gezeigt, wie sehr das Ansehen des ärztlichen Standes unter dem Krankencassengesetz und in Folge des uncollegialen

und unwürdigen Handelns einzelner Aerzte bei Bewerbung um Cassenstellen bereits gelitten hat. Von Rednern der verschiedensten Parteien wurde anerkannt, dass die Bezahlung der Cassenärzte meist eine ungenügende sei; Bebel nannte sie ein »Lumpengeld«, Langerhans bezeichnete sie als »jämmerlich«, »so schlecht wie die Aerzte der Casse bezahle man kaum einen Dienstmann«. Es konnte nicht ausbleiben, dass auch die Güte einer so gering entlohnten Leistung angezweifelt wurde. Abgeordneter Hirsch sprach davon, »dass die Einführung der Cassenärzte dahin geführt habe, dass die Kranken nur oberflächlich untersucht und in der Behandlung vernachlässigt würden« und der Socialist Wurm meinte, »dass die Einführung der »Zwangsärzte« nur Unzufriedenheit hervorbringt darüber, dass man den Arbeitern sage: Für euch arme Teufel ist das Schlechteste immer noch gut genug«. Das gegenseitige Unterbieten der Aerzte war seitens verschiedener Redner Gegenstand abfälliger Bemerkungen und der zuletzt genannte Redner sprach wiederholt von der »Proletarisung des ärztlichen Standes«, zu welcher die Einführung der Zwangsärzte und der Concurrenzkampf führe. Auch die Nachtheile, welche die Abhängigkeit der Aerzte von der Gunst der Cassenvorstände mit sich bringt, wurden hervorgehoben. So bitter jedoch auch die Wahrheiten waren, welche die Aerzte am 26. November im Reichstag zu hören bekamen, so enthalten dieselben doch ein tröstliches Moment: aus allen Reden geht hervor, dass die Volksvertretung von der Nothwendigkeit eines integren, unabhängigen Aerztestandes überzeugt ist, und der Deteriorisirung desselben, wie sie unter der Krankenversicherungsgesetzgebung einzureissen droht, Einhalt zu thun wünscht. Die freie Arztwahl wird in dieser Richtung bessernd wirken und zu ihrer Einführung bietet die erfolgte Annahme des oben genannten § 55a den Cassen die Handhabe.

Mit der Sitzung vom 26. November wurde die Berathung des Krankencassengesetzes, anderer, dringlicherer Arbeiten wegen, abgebrochen und zurückgestellt; ihre Fortsetzung wird erst nach Neujahr erwartet. Nicht unerwähnt möge bleiben, dass Dr. Busch-Crefeld, der Referent über die Cassenfrage beim deutschen Aerztetag, auf Grund des Ganges der Debatte über den § 6 die Hoffnung ausspricht (D. med. W.), es werde bei der 3. Lesung des Gesetzes noch gelingen, der Forderung der Aerzte, dass nur approbirte Aerzte als Cassenärzte zuzulassen seien, zum Durchbruch zu verhelfen.

— Zu den Casen, bei denen die freie Arztwahl schon seit längerer Zeit und mit gutem Erfolg eingeführt ist, gehört auch die Krankencasse für das Personal der Münchener Tramway. Wie eine sichtlich von Angehörigen der Casse ausgehende Notiz in den M. N. Nachr. besagt, sind die hierdurch entstehenden Mehrausgaben nicht sehr wesentlich, dagegen werde es von den Mitgliedern als besondere Wohlthat empfunden, dass sie sich im Krankheitsfalle an einen Arzt wenden können, zu welchem sie volles Vertrauen haben. Die Honorirung geschieht bei der genannten Casse nach der Minimaltaxe. Es geht auch aus dieser Notiz, ebenso wie aus den Reden der socialistischen Reichstagsabgeordneten deutlich hervor, ein wie grosser Werth der freien Arztwahl gerade seitens des versicherten Publicums beigelegt wird; es darf daher der baldigen Realisirung dieses ärztlichen Wunsches wohl eine günstige Prognose gestellt werden.

— Die Petitionscommission des Reichstages beschäftigte sich in ihrer letzten Sitzung mit einer Petition, das Apothekenwesen reichsgesetzlich zu regeln. Der anwesende Regierungscommissär, Geh.-Rath Hopf erklärte, eine Regelung der Apothekenfrage durch Reichsgesetz sei sehr schwer. Die Reichsregierung verkenne die obwaltenden Missstände keineswegs, aber die Verschiedenheiten in der Gesetzgebung der Einzelstaaten seien so gross, dass es nicht leicht sei, derselben Herr zu werden. — Die Petition wird dem Reichskanzler zur Kenntnissnahme überwiesen.

— Der Bundesrath hat beschlossen, den Eingaben des Realgymnasiums zu Duisburg und der Patronate, Curatorien, Direktionen und Lehrercollegien anderer Realgymnasien betreffend die Zulassung der Abiturienten von Realgymnasien zum medicinischen Studium nicht Folge zu geben.

— Der XI. Congress für innere Medicin wird vom 20.—30. April 1892 in Leipzig unter dem Vorsitz Prof. Curschmann's tagen. Als Themata für die Verhandlungen sind in Aussicht genommen: Die schweren anämischen Zustände, Reff. Herren Biermer (Breslau) und Ehrlich (Berlin); Die chronische Leberentzündung, Reff. Herren Rosenstein (Leiden) und Stadelmann (Dorpat). — Auf besondere Aufforderung des Geschäftscommité's werden in der zweiten Vormittagssitzung Herr Hueppe (Prag) und Herr Bäumler (Freiburg) 2 Vorträge: »Bacteriologisch-Chemisches über Tuberculin« und »Klinisches über Tuberculin« halten. — Einzelvorträge haben bislang angemeldet die Herren Emmerich (München), Peiper (Greifswald), Goltz (Strassburg), Schott (Nauheim), v. Jaksch (Prag).

— Das Comité für den XI. internationalen medicinischen Congress im Jahre 1893, welcher in Rom tagen wird, hat sich constituirt. Derselbe wird wahrscheinlich im September tagen. Zum Präsidenten des Comités ist Baccelli, zum Generalsecretär Maragliano ernannt. Zu Präsidenten der Abtheilungen sind ernannt: Antonelli für Anatomie; Albini und Albertoni für Physiologie; Foá und Bizzozero für Pathologie; Cervello für Therapie; Baccelli, Murri, Bozzolo, Maragliano für innere Medicin; Bottini für Chirurgie; Morisani für Geburtshülfe; Morselli und Tamburini für Ophthalmologie; Campana und Barduzzi für Dermatologie und Syphiligraphie: Tamapia für gerichtliche Medicin; Pagliani, Banalis und Belli für Hygiene.

— Die Sammlungen für das Volkmann-Denkmal haben bisher die Summe von 23000 M. ergeben.

— Die Influenza hat im Laufe der letzten Woche an Ausbreitung gewonnen. In Berlin sind, wie die standesamtlichen Listen ausweisen, in den letzten 8 Tagen etwa 30 Personen der Influenza und deren Folgen erlegen. Auch in den Provinzen dehnt sich die Epidemie weiter aus.

— Von deutschen Städten über 40.000 Einwohner hatten in der 45. Jahreswoche, vom 8.—14. November 1891, die geringste Sterblichkeit Darmstadt mit 9,5, die grösste Sterblichkeit Posen mit 41,0 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Barmen; an Diphtherie und Croup in Duisburg, Elbing, Fürth, Halle, Mainz, Potsdam, Remscheid.

— Im Kreise Teltow ist die Errichtung eines neuen Kreiskrankenhauses in Aussicht genommen. Hiergegen wendet sich der Aerzteverein Teltow mit einer Resolution, worin es heisst: es entspreche nicht den sanitären Bedürfnissen des Kreises, ein grosses Krankenhaus an einem Orte zu errichten, vielmehr sei die Einrichtung einzelner kleinerer Krankenhäuser an verschiedenen Orten des Kreises ein dringendes Bedürfniss.

— In Berlin ist eine bedeutende technische Autorität auf dem Gebiet der Feuerbestattung, Herr Civil-Ingenieur Richard Schneider aus Dresden, auf Einladung des Magistrats eingetroffen, um die nöthigen Vorstudien für eine eventuelle Einführung der Feuerbestattung, allerdings nur für unbekannte Leichen und Anatomieleichen, innerhalb der Berliner Communalbehörde, nach dem Vorgange der städtischen Verwaltung von Paris, zu machen. Derselbe wird seine Vorschläge in einer besonderen Denkschrift niederlegen.

— Im Verlag der Kunsthandlung Joh. Zapf in Berlin ist soeben ein Portrait von Charles Darwin, gezeichnet und gestochen von J. Klic, erschienen. Dasselbe giebt die bekannten Züge Darwin's lebensvoll und in charakteristischer Auffassung wieder und ist mit vorzüglicher Technik ausgeführt. Wir können das Blatt, dessen Preis auf chinesischem Papier M. 9.— beträgt, den Verehrern des grossen Naturforschers bestens empfehlen.

— Wie uns mitgetheilt wird, hat die bekannte Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen, Fabrik elektr. medicin. Apparate, auf Wunsch ihrer Kundschaft den Export ihrer Fabrikate, welcher seit ungefähr einem Jahre der Firma Krausser & Koeberlin in Nürnberg übertragen war, wieder selbst in die Hand genommen.

(Unversitäts-Nachrichten.) Greifswald. Nach dem in diesen Tagen erschienenen amtlichen Verzeichniss des Personales und der Studirenden hiesiger Universität beträgt in diesem Wintersemester die Gesammtzahl der immatrikulirten Studirenden 719. Hiervon treffen auf die medicinische Facultät 332. Der Verbesserung und Ausstattung der hiesigen wissenschaftlichen Institute wird unausgesetzt die grösste Sorgfalt zugewandt. Erst vor Kurzem waren die vortragenden Räthe des Kultusministeriums, die Herren Naumann, Skrzeczka, Lorenz einige Tage hier anwesend, um über einen Erweiterungsbau, resp. Neubau des Universitäts-Krankenhauses, über die schon in Ausführung begriffene Erweiterung der Universitäts-Bibliothek, sowie über einige andere Institute mit den Directoren derselben an Ort und Stelle zu berathen. — Wie vor drei Jahren wird den hiesigen Medicin-Studirenden am 8. Januar k. J. der Greifswalder medicinische Verein im Hotel zum Greif einen Medicinerball veranstalten. — Halle a. S. Am Todestage Richard v. Volkmann's (28. November) wurde der neue Operationssaal der chirurg. Klinik eingeweiht.

Dorpat. Die Bemühungen der russischen Regierung, die Dorpater Universität ihres eigenartigen Charakters zu entkleiden, nehmen ihren Fortgang. Dahin gehört u. A. die Entlassung des Pharmacologen Masing, das gegen Prof. Oettingen erlassene Verbot, öffentliche Vorträge zu halten, die Berufung des Russen Tschiesch aus Petersburg auf den Dorpater Lehrstuhl der Irrenheilkunde. Prof. Thoma, der Ordinarius für pathologische Anatomie in Dorpat, hat um seine Entlassung aus seinem Lehramte nachgesucht, und zwar, weil er mit der neuen Ordnung der Dinge nicht einverstanden ist. — Florenz. Dr. Inverardi, Professor an der med. Facultät zu Padua, ist zum ord. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt. — Klausenburg. Dr. Bikkalvy, Privatdocent für Histologie, ist zum Professor der Physiologie ernannt. — Philadelphia. Dr. Wilson ist an Stelle da Costa's, der von seinem Lehrstuhl zurücktritt, zum Professor der Medicin ernannt. — Turin. Dr. Pascarolo hat sich als Privatdocent für Neuropathologie habilitirt.

(Todesfälle.) Der Director der kgl. Unterrichtsanstalt für die Staatsarzneikunde, ausserordentlicher Professor der Berliner Universität, Geheimer Medicinalrath Dr. Carl Liman ist am 22. November in Berlin im 74. Lebensjahre gestorben. Der Verstorbene war der Neffe, Schüler und Assistent von Johann Ludwig Casper, dessen Nachfolger auf dem Berliner Lehrstuhle der Staatsarzneikunde er nach dem Tode desselben im Jahre 1864 geworden war. Neben Skrzeczka und Wolf war er auch lange Jahre gerichtlicher Physicus von Berlin. Sein Hauptwerk war das von ihm neubearbeitete »Handbuch der gerichtlichen Medicin« von Casper. Vor einigen Jahren legte Liman in Folge von Misshelligkeiten in seinem gerichtlichen Amte dieses nieder und beschränkte sich nur auf seine forensische Professur. Die Begründung des neuen Berliner Universitäts-Institutes für Staatsarzneikunde ist seiner Initiative zu verdanken.

In München starb am 29. v. Mts. der Nestor der Münchener Universität, Geheimrath Professor Dr. Franz Christoph v. Rothmund, wenige Wochen vor Vollendung seines 90. Lebensjahres

v. Rothmund war am 28. December 1801 zu Dettelbach in Unterfranken geboren, studirte in Würzburg als Schüler Döllinger's, Textor's und Schönlein's und prakticirte sodann 20 Jahre lang als Gerichtsarzt in Miltenberg und Volkach; hier erwarb er sich einen so bedeutenden Ruf als geschickter Chirurg, dasss er im Jahre 1843 als ord. Professor der Chirurgie nach München berufen wurde. Als solcher wirkte er, seit 1860 neben Nussbaum, bis zum Jahre 1871. Unter seinen, nicht sehr zahlreichen, literarischen Arbeiten sind diejenigen über Radicaloperation der Hernien am bekanntesten geworden. Den ärztlichen Standesinteressen brachte v. R. warmes Interesse entgegen; er war Mitglied des ständigen Ausschusses bayerischer Aerzte und gehörte als solches auch zu den Begründern dieser Wochenschrift, an deren Herausgabe er sich bis vor wenigen Jahren, wo die zunehmende Last des Alters ihn zwang, die letzten Aemter, die er noch bekleidete, niederzulegen, betheiligte.

In Bonn starb im Alter von 59 Jahren der bekannte Ohrenarzt Prof. Dr. Weber-Liel; derselbe hatte früher die a. o. Professur für Otiatrie in Jena innegehabt, dieselbe jedoch 1885 krankheitshalber aufgegeben. Er war Mitbegründer der Monatschrift für Ohrenheilkunde, in der er zahlreiche Beiträge veröffentlichte; von ihm stammt u. a. die Operation der Tenotomie des Tensor tympani.

Personalnachrichten.

Bayern.

Ordensverleihung. Dem k. k. Salinenarzt Dr. Albert Sandner in Dürrnberg den Michaelsorden IV. Cl. aus Anlass seiner aufopfernden Dienstleistung während der Typhusepidemie in Schellenberg, Bez.-Amts Berchtesgaden.

Befördert. Zu Stabsärzten: in der Reserve den Assistenzarzt 1. Klasse Dr. Emanuel Krause (Landau); in der Landwehr 1. Aufgebots die Assistenzärzte 1. Klasse Dr. Albert Kronacher (I München), Dr. Otto Krämer (Erlangen), Dr. Joseph Bauer (Ingolstadt), Dr. Franz Müller (Würzburg) und Dr. Ludwig Steinhuber (Vilshofen).

Niederlassungen. Dr. Heinr. Bally, appr. 1888, in Illertissen, Dr. Hofbauer in Regensburg, Dr. Franz X. Heldin in Schwandorf, Dr. Hall in Amberg, Dr. Gustav Bergmann, appr. 1889, in Bayreuth, Dr. Ludw. Schaumberg in Billigheim (Pfalz), Dr. Durrbeck, appr. 1891, Schiffsarzt bei der deutschen Sundalinie, in Siegenburg.

Verzogen. Dr. Johann Sponsel von Fichtelberg, B.-A. Bayreuth, nach Unterlied, B.-A. Kemnath (Oberpfalz).

In den dauernden Ruhestand versetzt der k. Landgerichtsarzt Dr. Adolf Schramm in Eichstädt unter Anerkennung seiner langjährigen treuen und vorzüglichen Dienstleistung.

Erledigt. Die Landgerichtsarztesstelle in Eichstädt. Bewerbungstermin 10. December ds. Jrs.

Gestorben. Dr. Zahn in Nürnberg; Dr. Karl v. Boeck und Dr. Franz Chr. v. Rothmund, Geh. Rath, Obermedicinalrath und Universitätsprofessor, beide in München.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 47. Jahreswoche vom 15. bis 21. November 1891.

Betheil. Aerzte 320. — Brechdurchfall 19 (22*), Diphtherie, Croup 82 (66), Erysipelas 10 (13), Intermittens, Neuralgia interm. — (1), Kindbettfieber 3 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 19 (25), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 3 (4), Parotitis epidemica 5 (7), Pneumonia crouposa 32 (20), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 16 (22), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 20 (29), Tussis convulsiva 36 (36), Typhus abdominalis — (—), Varicellen 36 (31), Variola — (—). Summa 282 (279). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München.

(Bericht über die 47. Jahreswoche ist uns nicht zugegangen.)

Generalrapport über die Kranken der kgl. bayer. Armee für den Monat October 1891.

1) Bestand am 30. September 1891 bei einer Kopfstärke des Heeres von 41 330 Mann: 821 Mann.

2) Zugang: im Lazareth 802 Mann, im Revier 1917 Mann, Invaliden —. Summa 2719 Mann. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges nach der Zahl 3540 Mann, auf Tausend der Iststärke 85,65 Mann.

3) Abgang: geheilt 2405 Mann, gestorben 8 Mann, invalide 49 Mann, dienstunbrauchbar 79 Mann, anderweitig 51 Mann, Summa: 2592 Mann.

4) Hiernach sind geheilt von 1000 der Kranken 679,37, gestorben 2,26 Proc.

5) Mithin Bestand am 31. Oktober 1891: 948 Mann, von Tausend der Iststärke 22,91 Mann. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 606 Mann, im Revier 342 Mann.

Von den in militärärztlicher Behandlung Gestorbenen haben gelitten an: Abdominaltyphus 3, Vergiftung (mit roher Carbolsäure) 1, Scorbut 1, Brustfellentzündung 1, Drucklähmung des Rückenmarks 1, Darmentzündung 1.

Ausser den in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen sind bei den activen Truppen noch 2 Todesfälle durch Selbstmord (Erschiessen) und 1 durch Unglücksfall (Sturz auf die Scheunentenne) vorgekommen, so dass die Armee im Ganzen 12 Mann durch Tod verloren hat.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe für Aerzte und Studirende. III. Aufl., bearbeit von Wiener. Lahr, M. Schauenburg, 1891.

De Santi, De l'Enterite chronique paludéenne ou Diarrhée de Cochinchine. Paris, Rueff & Cie. 1892.

Bericht der k. k. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung vom Jahre 1890. Wien, 1891.

Beldau, Ueber die Trunksucht und Versuche ihrer Behandlung mit Strychnin. Jena, G. Fischer, 1892.

Schuchardt, Die Gelenkwassersucht. Jena, G. Fischer, 1892.

Kötschau, Ichthyolbehandlung in der Frauenheilkunde. Klin. Vortr. No. 35.

Obersteiner, H., Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. Wien, Deutike. 14 M.

Leube, W., Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. 3. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 10 M.

Liebermeister, C., Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie. Ibid. 10 M.

Becher, W., Rud. Virchow. Eine biographische Studie. Karger, Berlin. 1891. M. 2.50.

Guttmann, H., Arzneiverordnung in der Kinderpraxis. geb. ebend. M. 2,50.

Dührssen, A., Geburtshilfliches Vademecum. 3. Aufl. geb. ebend. M. 4,50.

Oesterreich, R., Compendium der Physiologie der Menschen. geb. ebend. M. 9.

Beely und Kirchhoff, Der menschliche Fuss, seine Bekleidung und Pflege. Laupp. Tübingen. M. 1,50.

C. Arnold, Repetitorium der Chemie. L. Voss. Hamburg. geb. M. 6.

Gowers, W. R., Handbuch der Nervenkrankheiten II. Bd. Fr. Cohen. Bonn. M. 10.

Trupel, G., Untersuchungen über den Kohlenhydratgehalt des faulenden Menschenharns. S.-A.

Pictet, Die Pflanzenalkoloide und ihre chemische Constitution. Berlin. J. Springer. geb. M. 6.

Hückel, A., Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems für Studirende und Aerzte. Wien. Deutike.

Kassowitz, Max, Vorlesungen über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung. Wien. Deutike.

Pozzi, S., Lehrbuch der klinischen und operativen Gynäkologie, deutsch von E. Ringier. Basel. C. Sallmann. M. 10.

Jankau, Ueber Cholesterin und Kalkausscheidung mit der Galle. S.-A. Arch. f. experimentelle Pathologie und Pharm.

Seeligmann, Sterilitas matrimonii. S.-A. D. med. W. 41/91.

Kries, J. v., Ueber die Beziehungen der Physik und der Physiologie. Freiburg, Mohr.

Schmidkunz, H., Psychologie der Suggestion. mit ärztlich-psycholog. Ergänzungen von Frz. C. Gerster. Stuttgart, Enke.

Kobert, Arbeiten d. pharmakolog. Institutes zu Dorpat. H. 7. ebend.

Hammer, Fr., Ueber den Einfluss des Lichtes auf die Haut. ebend.

Lorenz, Taschenkalender f. Aerzte. 1892. M. 2.

Basch, S. v., Allgemeine Physiologie und Pathologie des Kreislaufes. Wien, Hölder.

Hoor, K., Gemeinfassliche Darstellung der Repalitions-Anomalien. ebend.

Zuckerkandl, E., Anatomie der Mundhöhle. ebend.

Ullmann, E., Beiträge zur Lehre der Osteomyelitis acuta. ebend.

XXIII. statist. Bericht über die Pfründen- u. Krankenanstalt des kgl. Juliusspitals zu Würzburg für 1890.

Boas, J., Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 2. Aufl. I. Thl. Thieme, Leipzig. M. 8.

A. v. Bergmann, Zur Kontagiosität der Lepra. 75 Pfg. Klin. Vortr. Nr. 33.

D. v. Ott. Jauchiger Zerfall eines submukösen Uterusfibroides. Ebend. Nr. 34.

Frey, M. v., Die Untersuchung des Pulses. Springer, Berlin. geb. M. 7.

Buzzi, F., Beitrag zur Würdigung der medikamentösen Seifen. Hamburg, L. Voss.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.